N° 48

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU POINT ÉPIGASTRIQUE DANS LES CARDIOPATHIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mars 1909

ACAD.
MONTPELLIER
BIBL.

PAR

Georges MALLIEN

Né à Langeac (Hte-Loire) le 18 janvier 1880.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲) Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Cliniquedes maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secretaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président* | LEENHARDT, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE SON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNAUD

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX DE NIMES

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

G. MALLIEN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRASSET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

G. MALLIEN

En mai 1907, M. le professeur Grasset signalait devant nous un article de M. le professeur de Brun (de Beyrouth), intitulé : *Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et dans les cardiopathies.* En même temps, notre maître nous montrait ce symptôme chez un cardiaque, déjà fort intéressant à un autre titre, dont M. Rimbaud, chef de clinique médicale, et nous, avons soumis le cas à la Société des Sciences médicales de Montpellier. Dans la suite, nous eûmes l'occasion d'approcher plusieurs personnes, atteintes de maladies de cœur, présentant encore la douleur à l'épigastre, si bien étudiée par M. de Brun. Nous nous intéressâmes donc vivement à cette question, passionnante en elle-même, et liée désormais à un nom qui nous est cher.

Un pareil concours de circonstances nous engagea à faire du *point épigastrique dans les cardiopathies,* le sujet de notre thèse.

M. Rimbaud a bien voulu nous donner, pour la rédaction de ce modeste travail, de précieux conseils et nous communiquer une observation inédite des plus curieuses ; nous l'en remercions très vivement.

Notre ami, M. Paul Duplessis de Pouzilhac, ayant eu l'amabilité de nous aider également, à lui aussi nous exprimons toute notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

POINT ÉPIGASTRIQUE

DANS LES CARDIOPATHIES

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DU SYMPTOME

Pour M. de Brun (1), le point épigastrique se présente sous trois formes : légère, moyenne et sévère.

Dans les formes légères (relativement rares), on a une douleur peu intense, une sorte de gêne, continue ou non, une sensation vague d'endolorissement. Cette sensation peut, du reste, s'exagérer à l'occasion des efforts, de la marche, et devenir une constriction assez pénible.

Plus souvent (formes moyennes), on a une impression de pesanteur, de tension douloureuse, avec parfois une sorte de tiraillement. Certains malades comparent leur souffrance à celle que produirait une masse de plomb placée sur l'estomac.

---

(1) Article cité, in Revue de Médecine, tom. XXV, décembre 1905.

Les formes sévères sont très fréquentes. La douleur y est excessive, immobilisant le sujet d'une façon complète, s'opposant au sommeil pendant plusieurs semaines, dominant toute la scène morbide, hypnotisant le praticien. Ce dernier pense à une maladie stomacale des plus sérieuses, à un ulcère de l'estomac, à une colique hépatique ou saturnine.

La douleur que nous étudions existe assez souvent chez des nerveux (observations VIII, IX). Elle a son siège de prédilection au niveau de l'épigastre, dans le voisinage de l'appendice xiphoïde, parfois à son niveau exactement, plus souvent légèrement au-dessous et à gauche.

Elle peut être très limitée.

Un de nos malades nous déclare que, par moments, elle couvre seulement un espace grand comme une pièce de 0 fr. 50 (observation IX) ; d'autres (observation VI) parlent d'une surface grande comme la paume de la main. Chez celui de l'observation II, elle comprend toute la région sus-ombilicale. Chez un autre encore (observation VIII), elle envahit tout l'abdomen, mais part toujours de l'épigastre. Les irradiations sont, du reste, fréquentes.

Dans certains cas, la douleur est continue, persistant nuit et jour, présentant des accalmies et des exacerbations violentes. Ces dernières surviennent parfois sans cause, mais plus souvent elles sont occasionnées par les efforts, la marche.

C'est surtout la pression au niveau de l'épigastre qui augmente les phénomènes douloureux. Le malade de l'observation VII ne peut pas supporter le poids de ses deux mains croisées sur la région intéressée. Plusieurs cardiaques portent instinctivement leurs bras au devant de leur estomac, quand ils prévoient qu'on va l'explorer et

cette exploration, même faite avec douceur, leur arrache des cris déchirants.

L'épigastralgie, objet de notre étude, constitue « *un syndrome de premier ordre qui, du commencement à la fin, peut être le phénomène capital, parfois même la seule manifestation subjective dont se plaigne le malade* ».

Le mode de début varie. Souvent la douleur s'installe de façon insidieuse, augmentant peu à peu d'intensité. Parfois, au contraire, le début est fort brusque. Du reste, le symptôme ne disparaît jamais spontanément. Les remèdes peuvent l'atténuer, ou même l'effacer momentanément, mais, l'action thérapeutique cessant de s'exercer, il reparaît.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Depuis longtemps, les auteurs signalent une douleur au niveau de l'estomac, dans les cardiopathies.

Dès 1791, Butter note une localisation possible de la souffrance sténocardiaque au creux épigastrique (1).

En 1815, Jurine parle d'un malade atteint d'angine de poitrine, dont le cas est intéressant pour nous. Ce malade se plaignait d'un « bouillonnement qui, du creux de l'estomac, semblait remonter vers la poitrine » (2).

Bonneau, citant Hope (1766-1844), a écrit les lignes suivantes : « C'est quand les valvules, les artères coronaires et le commencement de l'aorte sont inélastiques, indurés, que la douleur se rencontre plus fréquente et plus cruelle... Elle peut être violente, lancinante et déchirante, traverse la région du cœur, l'épigastre, et peut, en ce dernier cas, en imposer pour une douleur de gastrite ; elle s'étend dans le dos, engourdit le bras gauche, le coude et même quelquefois les doigts. » (3)

---

(1) Leclerc. — L'angine de poitrine hystérique. Thèse, Paris, 1887.

(2) Chevillot. — Les précordialgies. Thèse, Paris, 1893.

(3) Bonneau. — De la douleur dans les maladies de cœur. Thèse de Paris, 1872.

Graves a publié l'observation d'un gentleman, pris subitement, en 1839, dans la région de l'estomac, d'une douleur attribuée par lui à une indigestion. Cette personne eut des vomissements, son pouls devint faible, irrégulier, sa respiration laborieuse, ses extrémités froides. Durant trois heures, cet état alarmant persista, puis le sommeil s'empara du malade et, au réveil, on ne remarqua qu'un peu de langueur. Les accès se reproduisirent jusqu'à la mort. Dans la suite, Graves eut l'occasion d'en observer quelques-uns et les décrivit ainsi : « Le malade était averti de l'approche de l'accès par un sentiment de défaillance et par une douleur dans l'estomac ; il s'écriait : « Oh ! la voici qui vient ! ». Aussitôt après, survenaient des efforts de vomissements, des palpitations et une sensation d'essoufflement si pénible qu'il fallait ouvrir toutes les fenêtres, et cependant la respiration n'était pas sifflante, il n'y avait pas de toux ; la face avait sa coloration naturelle, mais la physionomie était profondément abattue. Au poignet, on ne pouvait plus sentir le pouls ; les battements du cœur étaient à peine perceptibles ; à chacune de ces attaques, ce malheureux croyait que la mort allait venir. La durée de l'accès variait entre une demi-heure et deux heures, parfois même davantage. »

L'autopsie fut faite, elle démontra que le cœur ne présentait aucune altération. En lisant cette observation, il est aisé de reconnaître les traits caractéristiques de l'angine de poitrine. Graves prétend qu'il s'agissait simplement d'une « affection purement fonctionnelle du cœur », héréditaire parfois. Il cite deux autres exemples : l'un d'eux porte la mention « d'accès de douleur, partant du milieu du sternum, avec propagation dans le dos et le

membre supérieur gauche », et ne prononce pas le nom d'angine de poitrine.

En 1862, Grisolle étudia un peu notre sujet. « Dans quelques cas, écrit-il, la douleur de la péricardite est bornée à la moitié gauche de l'épigastre ; elle s'aggrave alors lorsqu'on presse cette région dans la direction du péricarde. » Pour Grisolle, cardialgie est synonyme de gastralgie. Toutefois, il ajoute : « Les mots gastralgie et cardialgie ne sont pas tout à fait synonymes dans le langage de quelques auteurs, qui emploient celui-ci pour désigner une douleur gastralgique avec défaillance, tandis que le premier exprime pour eux une douleur avec sentiment de pression, mais sans défaillance. » (1)

Leared (2), en 1867, décrivant les « affections larvées du cœur », avait appelé l'attention sur des troubles gastriques qui, par leur intensité et leur fixité, absorbent l'attention du malade et même celle du médecin, si bien que l'affection aortique, cause de ces troubles, peut fort bien passer inaperçue. Leared faisait remarquer que, sur dix cas dans lesquels les accidents gastriques avaient été constatés, huit fois la mort subite était survenue. Et, à ce sujet, Broadbent pensait que ces douleurs gastriques violentes, observées parfois chez des personnes atteintes d'affection de l'aorte, « avaient un rapport curieux avec l'angine de poitrine ».

Dans la thèse de Bonneau, déjà citée, thèse écrite en 1872, on s'en souvient, nous remarquons les lignes suivantes : Dans « les maladies aiguës et fébriles du cœur et du péricarde, la douleur peut siéger à l'épigastre... Elle présente un caractère d'acuité variable ; quelquefois,

---

(1) Grisolle. — Traité de pathologie interne, tome II, page 719.

(2) Leared. — Les maladies latentes du cœur.

des intermittences (Andral, Hardy et Béhier) ; elle se prolonge le plus ordinairement vers l'épaule gauche ou dans la région interscapulaire, quelquefois vers les hypochondres. Les mouvements respiratoires paraissent ne l'influencer que secondairement. La pression épigastrique la provoque ou l'exagère. »

M. Huchard a eu l'occasion d'observer, en 1873, « un malade atteint d'aortite avec insuffisance des valvules sigmoïdes, chez lequel l'affection ne s'est d'abord révélée pendant assez longtemps que par des symptômes gastriques violents (accès de gastralgie intense, dilatation énorme de l'estomac, vomissements, vomiturition, tympanite, douleurs vives dans la région du foie ressemblant à des coliques hépatiques), et qui a présenté, seulement après quelques mois, des symptômes cardio-aortiques, et en dernier lieu des accidents angineux auxquels il a succombé ». Dès 1879, M. Huchard appelait l'attention sur ces accidents angineux insolites par leur forme et leur siège. Cet auteur affirmait même que les phénomènes d'angor pectoris pouvaient parfois rester frustes pendant plusieurs années. Il revint, dans la suite, sur ces « accidents angineux à forme pseudo-gastralgique » et les étudia assez longuement, dans son traité, citant des exemples très nets, dont il sera question plus loin. Des cas semblables furent décrits, il y a peu de temps, par MM. E. Neusser, Kaufmann et Pauli, Pawinski.

Au commencement de l'année 1888, M. de Brun eut l'occasion de soigner une malade présentant une douleur très violente au niveau de l'estomac, douleur liée intimement à de l'emphysème et à de l'hyposystolie. Dans la suite, cet auteur put observer des phénomènes douloureux de ce genre chez beaucoup d'autres personnes. Après seize années de recherches, en décembre 1905, M. de Brun

publiait l'article magistral déjà cité. Cet article fit grand bruit ; il contient de nombreuses observations et l'exposé détaillé d'un symptôme qui, jusqu'alors, n'avait pour ainsi dire pas été étudié (nous le croyons du moins), dans les maladies de cœur étrangères à l'angine de poitrine.

CHAPITRE III

NOTIONS GENERALES SUR LA DOULEUR

L'usage veut que l'on entre en matière par une définition, nous obéirons à cette injonction de l'usage. D'après Gaubius, « la douleur est une sensation que l'âme aimerait mieux ne pas éprouver qu'éprouver ». Pour M. Dieulafoy, « la douleur est la perception d'une sensation pénible, dont les causes, la nature et les degrés sont variables à l'infini. » (1) C'est « le cri de l'organe malade », a dit un autre auteur.

Chez certains, la perception de la douleur est plutôt émoussée. Cela s'observe chez les personnes d'éducation grossière, celles qui abusent des excitants et des liqueurs fortes, chez les vieillards. Les nègres d'Egypte, affirme Pruner-Bey, subissent les grandes opérations chirurgicales sans éprouver de vives souffrances.

Au contraire, chez les nerveux (hypochondriaques, hystériques, neurasthéniques), la perception de la douleur est exagérée de façon notable. Il en est de même chez les arthritiques. Tous les médecins ont observé la fréquence des névralgies, des viscéralgies, chez les malades en puissance de cette diathèse.

---

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction de M. Jaccoud. Article douleur, tome XI.

Localement, les sensations douloureuses, rendues très fortes par l'hypérémie, sont atténuées par l'anémie.

Si on prend en considération l'origine de la douleur, on voit qu'il existe des douleurs périphériques par irritation des extrémités nerveuses, des douleurs plexiformes ou ramellaires, ayant leur point de départ dans le plexus et les troncs nerveux, des douleurs corticales, relevant d'une irritation intra-crânienne ou intra-rachidienne. Mais le point de départ étant ramellaire, plexique ou central, la douleur paraîtra toujours siéger sur les téguments (Müller).

Citons encore la classification de Gerdy. Il distingue les douleurs physiques, dont la cause est un agent physique, mécanique ou chimique ; les douleurs d'activité organique, produites par un excès d'énergie des organes (muscles, larynx), confondues plus ou moins avec les douleurs de fatigue et marquées par leur violence, leur étendue et leur disparition par le repos ; les douleurs de besoin, et enfin les douleurs prémorbides, dans la pathologie desquelles on ne peut rien invoquer.

Les formes de la douleur sont innombrables ; elles dépendent souvent de l'imagination des malades, de leur manière de les observer, et de leur sensibilité individuelle. De là découle l'impossibilité d'une classification méthodique.

Souvent il est difficile d'obtenir de l'intéressé une description bien nette de sa souffrance.

Du reste, même lorsqu'il est bien décrit, le symptôme douleur trompe parfois, par son intensité ou par son siège, le clinicien un peu dépourvu d'expérience.

On a fréquemment des douleurs minimes avec des lésions graves et, au contraire, des douleurs très fortes avec des lésions insignifiantes (appendicite).

La souffrance peut aussi tromper par son siège. M. Mignon a eu l'occasion d'oberver une pneumonie et une pleurésie purulente droites, à symptomatologie thoracique nulle et accompagnées, au début, d'une douleur si violente dans la fosse iliaque droite et d'une contracture généralisée si accentuée des parois abdominales qu'il a cru à une appendicite (1). On a signalé des points de côté droits dans les pleurésies gauches. La talalgie a été décrite chez les cérébraux (Lasègue), la douleur de cuisse dans la pneumonie (Leudet). M. Treille a étudié les « réflexes douloureux du nerf cubital dans les dyspepsies ». La scapulalgie du côté droit dans les maladies de foie, la splénalgie des cholélithiasiques, le prurit nasal de l'helminthiase, la douleur du genou dans la coxalgie, sont choses bien connues. De même, les « migraines gastriques ».

(1) Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Séance du 1er avril 1908.

CHAPITRE IV

LE POINT EPIGASTRIQUE DANS L'ARTERIO-SCLEROSE DU CŒUR

M. Huchard signale une *forme douloureuse ou sténocardique* de l'artério-sclérose du cœur. La douleur peut y affecter tous les degrés, depuis l'attaque d'angine la plus sévère jusqu'aux *accès de pseudo-gastralgie angineuse,* jusqu'à l'existence d'un poids ou d'une barre sous-sternal, d'une *angoisse épigastrique* survenant par accès. Elle est *ordinairement provoquée ou exaspérée par la marche, le mouvement, un effort,* etc. Cette forme se rencontre souvent dans l'artério-sclérose dystrophique, elle est rare dans la sclérose inflammatoire du myocarde (myocardite interstitielle), pour cette simple raison : la lésion intéresse primitivement le tissu conjonctif du myocarde et secondairement son système artériel. Il conviendra d'étudier cette forme avec plus de développements dans le chapitre réservé à l'angine de poitrine pseudo-gastralgique.

M. Huchard signale encore une *forme cardio-pulmonaire* intéressante pour nous. Il y a dyspnée d'intensité variable, le plus souvent paroxystique, survenant parfois tous les soirs, présentant quelques-uns des caractères de la dyspnée urémique de Cheyne-Stokes, mais distincte cependant de cette dernière. C'est une des variétés de l'asthme cardiaque, avec sensation de poids et de com-

pression thoracique, de *pesanteur épigastrique,* d'angoisse respiratoire, avec absence de toute trace d'albumine dans les urines. Certains auteurs ont rattaché quelques-uns de ces phénomènes au brightisme sans albuminurie ; mais il semble que ce soit à tort. L'importance de la dyspnée est capitale, car elle est le plus souvent caractéristique de l'artério-sclérose du cœur. Cette dyspnée n'est pas toujours franchement paroxystique ; elle se manifeste seulement à l'occasion de la marche, d'une émotion, d'un effort. Par suite des progrès de l'affection elle peut devenir subintrante ; dans ce cas elle s'accompagne de tous les signes de l'affaiblissement du cœur et aboutit au weakened heart de Stokes. Quand elle constitue un phénomène prédominant chez un mitral présentant en même temps les signes de l'hypertension artérielle, avec ectasie aortique légère, retentissement diastolique de l'aorte et troubles vaso-moteurs, le diagnostic de cardiopathie artérielle s'impose.

On voit des malades atteints de « bronchites répétées et rebelles », et souvent il s'agit de la forme pseudo-asthmatique ou, si l'on veut, bronchitique de l'artério-sclérose.

Chez ces malades, l'emphysème pulmonaire est fréquent. Il procède d'une lésion semblable à celle qui est consécutive pour le cœur à la sclérose des coronaires. Au point de vue anatomique l'emphysème doit être au poumon ce que l'angine de poitrine est au cœur. Cela explique pourquoi ces emphysémateux d'un genre particulier peuvent mourir subitement. On lisait autrefois l'histoire de morts subites après des accès « d'asthme essentiel ». Bien certainement il s'agissait de faux asthme, symptomatique d'artério-sclérose ; celui-ci peut occasionner la mort subite, l'asthme essentiel ne le peut pas.

Dans l'emphysème pulmonaire on doit étudier deux phases successives : une phase pulmonaire, une phase cardiaque. La seconde suit presque toujours la première. L'emphysémateux devient cardiaque à la faveur du retentissement de la lésion pulmonaire sur le cœur. Ce retentissement s'accuse d'abord par une augmentation de la tension vasculaire dans la petite circulation, ensuite par une dilatation des cavités droites du cœur. Cette dilatation peut aboutir à l'asystolie. Dans la production de ces accidents cardiaques, l'hydraulique joue un grand rôle. Du reste, l'augmentation de la tension veineuse dans le système pulmonaire est le mécanisme toujours invoqué pour expliquer la dilatation consécutive des cavités droites du cœur. Mais pour certains cas, trop souvent on laisse de côté un élément d'une importance capitale, l'artério-sclérose. *L'artério-sclérose facilite la distension des cavités ventriculaires.* Aussi, les deux périodes d'emphysème pulmonaire peuvent-elles être renversées dans leur ordre d'apparition ; on peut observer d'abord une phase cardiaque, ensuite une phase plumonaire. Dès lors, il ne s'agit pas d'un « retentissement », en quelque sorte mécanique, du poumon emphysémateux sur le cœur ; mais d'un malade emphysémateux dont les manifestations cardiaques sont dues surtout à la sclérose depuis longtemps constituée. Dans ces conditions, la thérapeutique doit avant tout viser le cœur.

Chez certains emphysémateux artério-scléreux, par suite de l'exagération de la tension dans la grande circulation, les cavités gauches du cœur sont surtout atteintes.

Pour M. Huchard, il y a deux sortes de pseudo-asthme cardiaque. L'un que l'on rencontre chez les cardiaques valvulaires (pseudo-asthme cardiaque) ; il existe chez les « dyspnéiques rouges ». L'autre, que l'on rencontre

chez les cardiopathes artériels (pseudo-asthme aortique). Il y a l'exagération de la tension artérielle, augmentée par l'état spasmodique des artères viscérales ou périphériques, exagération du deuxième bruit aortique. C'est celui des cardio-artériels, ou, pour mieux dire, des dyspnéiques blancs. Ces malades ont la face pâle et anémiée, le pouls fort et vibrant, de l'emphysème pulmonaire. La dyspnée chez eux est paroxystique, nocturne assez souvent ; parfois, une sensation de barre ou de *poids épigastrique,* des sensations angineuses rétro-sternales la compliquent. Il arrive souvent que dans cette seconde espèce de dyspnée les symptômes pulmonaires sont prépondérants et font méconnaître l'existence d'une affection cardiaque.

Il nous paraît bon de faire remarquer que toutes les myocardites chroniques des divers auteurs rentrent dans la catégorie des cardio-scléroses (Gull, Sutton, H. Martin).

Parfois, à la dernière période des cardiopathies artérielles, le diagnostic est rendu très difficile par un nouveau syndrome, le syndrome des périviscérites. Il y a inflammation chronique des trois grandes séreuses, péricarde, plèvre, péritoine. Cela engendre des troubles nombreux, entre autres choses, des *signes gastro-intestinaux* (dus aux lésions du péritoine). A cette période ultime l'affection causale et principale s'efface de plus en plus, une erreur de diagnostic est donc à peu près inévitable, surtout quand le médecin n'a pas assisté à l'évolution de la maladie.

OBSERVATIONS

Observation première

(Empruntée à l'article de M. de Brun).
Myocardite et asystolie.

A. Z..., 33 ans, teinturier à Beyrouth, entre à l'hôpital le 14 avril 1903, pour des palpitations, de la dyspnée et une *violente douleur épigastrique, constrictive, indépendante de l'alimentation.* Ces trois symptômes s'exagèrent simultanément par la marche et les efforts, et ont plusieurs fois, depuis quelques mois, été améliorés dans de notables proportions par l'iodure et le strophantus avec régime lacté et repos prescrits par M. le professeur de Brun. Malheureusement, ils se reproduisaient quelques jours après la suspension du traitement. Tabagique, alcoolique, fils d'une mère emphysémateuse, le malade présente tout à la fois les signes d'un grand emphysème avec *dilatation du cœur droit et insuffisance tricuspidienne* et d'une *artério-sclérose* très avancée. Iodure de potassium, deux grammes, sirop de morphine, trente grammes ; théobromine, trois grammes. Régime lacté.

Le lendemain, notable amélioration de la dyspnée et de la douleur épigastrique.

Malheureusement, l'intervention d'une bronchite aiguë

et l'indiscipline du malade ont, quelques jours plus tard, aggravé son état, et ce n'est que le 29 mai (un mois et demi après son entrée) qu'il put partir, momentanément en excellent état, ne ressentant plus son point épigastrique.

Observation II

(Même source. Résumée). — Myocardite et asystolie

Mohammed Ali C..., 70 ans, de Bagdad, habitant Beyrouth, entre à l'hôpital le 27 janvier 1904.

Poitrine globuleuse, exagération de la sonorité normale du poumon, qui descend jusqu'à la douzième côte en arrière ; inspiration humée, expiration prolongée en avant, assourdissement et, sur certains points, disparition du murmure vésiculaire en arrière ; râles sibilants et ronflants un peu partout ; quelques râles sous-crépitants aux bases. Œdème notable des membres inférieurs ; albuminurie ; bruits du cœur assourdis ; *léger souffle tricuspidien* ; pouls petit, arythmie ; *artériosclérose.* Dyspnée d'effort datant de quinze ans ; dyspnée nocturne fréquente. *Douleur épigastrique ayant débuté en même temps que la dyspnée. Légère pendant les premières années, cette douleur s'est aggravée progressivement. Particulièrement vive à l'épigastre, elle est mal délimitée et occupe toute la région abdominale située au-dessus de l'ombilic. Continue et permanente, elle semble être entretenue par les mouvements respiratoires, s'exagère par la marche et les efforts et devient intolérable quand on comprime la région épigastrique. Le sujet, alors, porte ses mains au-devant du doigt de l'explorateur pour dé-*

fendre l'approche de la région endolorie et fait une grimace de souffrance quand on parvient à la déprimer. Les repas, très copieux, augmentent l'intensité de la douleur. Le malade n'a pas de phénomènes dyspeptiques à proprement parler. Il présente, après les repas abondants, quelques troubles mécaniques (difficulté plus grande de la respiration, sensation de pesanteur à l'estomac, accentuation du point épigastrique).

Le traitement (eau-de-vie allemande, strophantus, iodure de potassium, régime lacté, repos absolu), donne d'heureux résultats. Le malade sort le 19 février, très amélioré, beaucoup moins dyspnéique, ne ressentant plus son point épigastrique, n'ayant plus d'albumine dans les urines, ayant recouvré la force et la régularité de ses contractions cardiaques.

Observation III

(Même source. Résumée) — Myocardite.

B. B..., 47 ans, cultivateur à Gebeil (Liban), entre le 7 janvier 1904, à l'hôpital de Beyrouth, *se plaignant surtout d'une douleur épigastrique datant de dix ans, très forte depuis cinq ans, continue, présentant des paroxysmes qui débutent vers le coucher du soleil et s'accentuent jusque vers minuit,* douleur qui s'accompagne d'une dyspnée dont le début remonte également à dix ans et qui, comme elle, est exagérée par les efforts, la marche, l'ingestion des mets lourds. La douleur n'a pas été calmée par l'application de quatre vésicatoires. Le malade est un grand emphysémateux avec *dilatation du cœur droit* et légère *insuffisance tricuspidienne.* Alcoolique et tabagique, il est manifestement *artérioscléreux.* Grâce à la potion iodurée

et morphinée, au strophantus avec régime lacté et repos au lit, l'amélioration de tous les symptômes et en particulier du point épigastrique, fut rapide, si bien que, le 11 mars, jour de sa sortie, le sujet se considérait comme tout à fait bien portant.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Rimbaud, chef de clinique de M. le Professeur Rauzier).

Insuffisance mitrale ; myocardite ; hyposystolie ; point épigastrique.

Le nommé B. H..., 50 ans, cultivateur, entre le 13 février dans le service de M. le professeur Rauzier.

Ce malade se plaint de « *douleurs dans l'estomac* ». Ces douleurs ont fait leur apparition il y a quinze mois, se sont installées progressivement, sans cause appréciable, et depuis n'ont pas cessé. Ces douleurs sont nettement localisées par le malade, *au niveau de l'épigastre,* où elles ont leur maximum, s'irradiant le long du rebord des fausses-côtes du côté gauche. Elles ont leur maximum quand le malade travaille, et il faut un repos prolongé pour qu'elles disparaissent.

L'appétit est diminué ; l'alimentation ne paraît pas cependant influencer ces phénomènes douloureux, qui se produisent à toute heure, sans rapport aucun avec le moment des repas. Dès que le malade suspend son travail, l'appétit reparaît, les phénomènes douloureux de la région gastrique cessent.

Avec une légère dyspnée, un peu de toux et d'expectoration « quand il s'expose à l'air » ; ces douleurs d'estomac sont absolument *le seul symptôme* dont se plaigne le malade.

Pas de vomissements ; pas de renvois acides.

Pas de céphalée ; bon sommeil.

Jamais de palpitations du cœur, ni le moindre œdème.

Antécédents. — Le malade n'accuse aucune maladie antérieure ; il avoue de l'alcoolisme antérieur (cinq litres de vin environ depuis plusieurs années). Il a cessé ces habitudes d'éthylisme depuis qu'il se sent malade.

Examen. — Langue normale.

Ventre souple ; pas de ballonnement.

A la palpation et à la pression du *creux épigastrique,* le malade accuse une douleur très nette ; toute autre région thoracique et abdominale est absolument indolore.

Poumons. — Légère voussure thoracique.

Sonorité augmentée.

Rien à l'auscultation.

Cœur. — Battements très visibles.

Frémissement systolique à la pointe.

Tachycardie : 120.

Arythmie très marquée.

Un souffle intense, en jet de vapeur, au premier temps, à la pointe, propagé vers l'aisselle.

Artères souples.

Tension : 9-12 au Potain.

Urines : très légère trace d'albumine.

Traitement. — Digitaline ; régime lacto-végétarien.

Diagnostic. — Insuffisance cardiaque avec douleur épigastrique chez un sujet porteur d'une insuffisance mitrale et emphysémateux.

Observation V

(Personnelle)
Myocardite et hyposystolie.

Le 25 mai 1907, X..., âgée de 78 ans, entre dans le service de M. le professeur Grasset. On lui donne le lit numéro 17 de la salle Achard-Esperonnier.

Le 27 mai, cette malade est examinée.

On constate de l'artériosclérose.

Douleur à la pression dans la région précordiale.

Le cœur présente de l'arythmie. Aucun souffle.

Aux poumons, on remarque, en arrière, des râles secs, et à la base des râles humides.

Douleur à la pression dans la région épigastrique.

L'artériosclérose a été le début de la maladie actuelle. La myocardite est venue ensuite aboutissant à l'asystolie. tolie.

Cette malade est mise au régime lacté, et on lui donne de la digitaline.

Observation VI

(Personnelle)
Sclérose cardio-rénale ; hyposystolie

Marie T..., 68 ans, ménagère, entre le 18 mars 1908 dans le service de M. le professeur Grasset. Le 14 mai, cette malade fournit les renseignements suivants.

Elle a eu la petite vérole à l'âge de trois ans. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

La maladie actuelle remonte à quatre mois. Il y a qua-

tre mois environ, Marie T... aurait eu une bronchite ; elle a toussé et craché ; on lui a trouvé de l'albumine. A la suite de cette « fatigue », les jambes se sont enflées, il y a eu de la dyspnée d'ascension et d'effort, des palpitations.

Depuis quatre mois, la malade présente au creux épigastrique une douleur. Il y a certainement un grand rapport entre cette douleur et l'essoufflement. Elle n'est pas continue et ne dure jamais plus de deux heures environ. L'intéressée n'a pas observé d'irradiation. Ce point épigastrique n'est pas du tout influencé par la digestion ; il est un peu exagéré par la pression, mais la digestion ne peut, à elle seule, provoquer la douleur. Le repos calme les phénomènes douloureux. Ces derniers occupent une surface grande comme la paume de la main. Ils sont modérés.

Oligurie. Ni maux de tête, ni bourdonnements d'oreilles, ni brouillards devant les yeux, ni doigt mort, ni fourmillements dans les doigts.

Appétit bon, digestions excellentes.

Amaigrissement.

Depuis trois jours, elle ne se lève pas, à cause de l'enflure des jambes.

Le thorax est globuleux. A droite, inspiration un peu bronchitique, rude ; expiration prolongée. A gauche, rien de bien particulier. Râles de congestion aux bases.

Intermittences au cœur. Bruits faibles.

Le pouls est petit, faible, irrégulier.

Le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux.

On a fait des analyses d'urine, elles ont donné les résultats suivants :

	Quantité	Densité	Réaction	Urée p. 1 lit.	Chlorure p. 1 lit.	Glucose	Albumine
20 mars	1.200	1.015	Acide	16,1	8,50	Néant	Lég. traces
23 mars	1.600	1 008	—	7,90	4,20	—	Traces
1er avril	700	1.010	—	7,90	5,00	—	Néant
10 avril	350	1 023	—	27,08	4,20	—	Lég. traces
23 avril	1 050	1.008	—	10,08	2,50	—	Lég. traces
14 mai	230	1.031	—	35,6	11,20	—	0,20

La malade a été mise au régime lacté exclusif. On lui a fait prendre de la théobromine et de l' « eupnine ». Cette spécialité contient de l'iodure de caféine.

Marie T... a observé une diminution de sa douleur d'estomac. Elle attribue ce mieux à l'eupnine.

Le 15 mai, la malade se lève. Elle continue à prendre de l'eupnine.

Observation VII

(Personnelle)

Artériosclérose. Rétrécissement aortique. Emphysème. Dilatation du cœur droit.

Jean P..., 60 ans, cultivateur, entre le 5 mai 1908, dans le service de M. le professeur Grasset, « pour un grand essoufflement et une douleur au creux de l'estomac ».

Son père est mort très âgé (85 ans). Sa mère est morte à 56 ans d'une attaque d'apoplexie. Il a perdu quatre frères ou sœurs très jeunes. Une sœur en bonne santé.

A eu la rougeole étant enfant, la petite vérole en 1870, et de l'ictère en 1884 environ. Ethylisme léger. Blennorrhagie.

Jean P.... est souffrant depuis deux ans. Pendant ces deux dernières années, il a eu de nombreuses bronchites (?). Son état, particulièrement mauvais en hiver, a

empiré au commencement de décembre 1907. A cette époque, on l'a considéré comme asthmatique et on l'a traité en conséquence. Il a toussé et craché. Ses crachats étaient zébrés de stries rouges.

Actuellement, la douleur épigastrique domine la scène. C'est une impression de constriction forte, exagérée par la pression. Par moments, le malade ne peut pas supporter le poids de ses deux mains croisées sur la région intéressée Cette douleur est provoquée par la fatigue, même par une fatigue minime. Le repos l'atténue. Elle naît au cœur épigastrique, qui en est « la source », suivant l'expression de l'intéressé. Elle s'irradie dans le dos et sur le côté gauche, dans la poitrine. Il y a un grand rapport entre l'essoufflement et cette douleur ; les inspirations fortes l'exagèrent. Les digestions n'ont aucune influence. Le malade n'a jamais eu l'impression de mort imminente.

Appétit bon. Digestions excellentes. Soif ardente.

Jambes un peu enflées le soir.

Vertiges peu accentués. Claudication intermittente.

Pollakiurie. Polyurie. Bourdonnements d'oreilles. Brouillards devant les yeux. Pas de maux de tête. Crampes dans les doigts et dans les jambes. Les doigts sont « parfois endormis ». A eu de l'albumine dans les urines. Dort mal.

Asthénie légère. Amaigrissement léger. Pas de fièvre.

Jean P... a l'air encore vigoureux.

La région précordiale présente une voussure. L'emphysème empêche de bien délimiter le cœur. Au foyer aortique on perçoit un souffle au premier temps. Il en est de même au foyer tricuspidien. Le souffle aortique se propage un peu le long du sternum.

Pouls plein, bien frappé : 66 pulsations par minute. Artères dures. La tension sanguine semble élevée.

Œdème des jambes.

Aux poumons, sonorité exagérée, inspiration humée, expiration prolongée, ronchus et sibilants, sous-crépitants aux bases.

Foie petit. La rate paraît normale.

Hernie inguinale double.

On prescrit d'abord :

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100e.	III gouttes
Julep q. s. p.....	90 cc.

Ensuite :

Nitrite de soude.....	2 gram.
Nitrate de potasse.....	10 —
Bicarbonate de soude.....	20 —
Eau q. s p.....	300 cc.

La tension sanguine tombe à 13, après avoir atteint 23. La douleur épigastrique diminue. Deux cataplasmes sinapisés contribuent à l'atténuer.

ténuer.

Observation VIII

Personnelle.

Asystolie avec point épigastrique et crises épileptiformes.

Marguerite Q..., épouse R..., 66 ans, journalière, entre le 10 mars 1908 dans le service de M. le professeur Grasset.

Le 12 mai 1908, nous obtenons les renseignements qui suivent :

Le père de la malade est mort fou, à l'âge de 46 ans. Sa mère est morte à 70 ans. Marguerite R... a eu quatre frères ou sœurs ; ils sont morts jeunes. Elle ne peut donner sur leur mort aucun détail.

Dans les antécédents personnels, on note une rougeole et une petite vérole.

La maladie actuelle remonte à six ans. Depuis six ans, Marguerite R... a des « pertes de connaissance ». La première a été provoquée par une émotion violente. Tantôt notre malade sent venir la crise et peut s'asseoir, tantôt elle tombe n'importe où, et parfois se fait mal en tombant. La crise dure une heure au moins, ne laisse aucun souvenir, et provoque une dépression profonde. Il est difficile d'avoir des renseignements sur ces « pertes de connaissance ». Nous apprenons seulement que la malade fait des mouvements désordonnés et s'est quelquefois mordu la langue. Marguerite R. ne nous signale ni le cri, ni la pâleur de la face, ni l'écume, ni l'émission d'urines ou de matières. Les crises ont été d'abord très rapprochées, se produisant tous les deux ou trois jours, dans la suite elles sont devenues plus rares. Toutefois, elles se produisent encore. Dans le courant des deux derniers mois, Marguerite R... en a eu deux. Absences pas très bien caractérisées.

Bon sommeil.

Depuis six ans aussi, « le cœur est malade ». Actuellement : palpitations, jambes un peu enflées le soir.

Pollakiurie. Oligurie primitivement, mais la quantité d'urine émise a augmenté sous l'influence du traitement. Quelques sifflements d'oreilles. Brouillards devant les yeux. Doigts morts. Fourmillements dans les doigts. Crampes dans les mollets.

Pour la première fois, il y a deux ans, douleur discontinue au niveau de l'épigastre. Cette douleur très vive a plusieurs fois obligé la malade à marcher pliée en deux, ou même à se coucher ; elle est fréquente. Marguerite R... « ne passe pas quinze jours sans l'avoir » ; elle dure parfois un jour et une nuit, parfois seulement deux heures.

C'est une sensation de constriction partant toujours de l'épigastre s'irradiant dans le dos, dans les épaules, dans l'abdomen. La pression sur l'épigastre la provoque toujours, le repos au lit la calme un peu, les digestions n'ont aucune influence.

Les digestions sont, du reste, bonnes. Constipation.

Ne tousse, ni ne crache.

Depuis quatre ans a maigri beaucoup. Asthénie.

La malade, très oppressée, est presque assise sur son lit. Deux oreillers la maintiennent dans cette position. La face est de couleur jaunâtre.

La région précordiale est légèrement bombée. La matité précordiale est diminuée. Au foyer mitral, nous trouvons un souffle au premier temps, se propageant dans l'aisselle. Au foyer tricuspidien, il y a aussi un souffle au premier temps. Cœur bondissant. Arythmie très marquée.

Pouls à 56, misérable, dépressible, irrégulier.

Pouls veineux à droite.

Pas d'œdème périmalléolaire.

Nous examinons ensuite l'appareil respiratoire. Nous constatons en avant : une sonorité exagérée, une inspiration humée, de l'expiration prolongée. En arrière, nous remarquons : de la voussure en un point, du côté droit ; de la sonorité exagérée, aux bases des râles sous-crépitants. Trente respirations par minute.

Pas d'anesthésie conjonctivale. Pas d'anesthésie cutanée. Pas d'anesthésie pharyngée. En exerçant une pression dans les fosses iliaques on provoque une douleur qui s'irradie vers l'estomac ; cela ne paraît pas être la boule hystérique.

Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales.

L'estomac n'est pas dilaté. Le foie est douloureux ; il paraît gros. La rate ne paraît pas hypertrophiée.

En somme, chez cette malade, les deux éléments importants sont : l'asystolie et le point épigastrique. La névrose semble bien être de l'épilepsie sénile.

Dès son entrée, Marguerite R... est mise au régime lacté, et on lui donne de la spartéine (0,10 cent. dans un julep). Le 11 mars on prescrit une purge (15 gr. d'eau-de-vie allemande et 15 gr. de sirop de nerprun). La malade a ensuite pris de la théobromine, du bicarbonate de soude, du phosphate de soude, de l'eupnine, de la tisane de chiendent nitré (un litre par jour), de la digitaline. Elle est améliorée.

Observation IX

Personnelle.
Neurasthénie. Artériosclérose. Cardiosclérose. Athérome de l'aorte. Point épigastrique.

H. A..., 54 ans, publiciste, entre le 25 mai 1908 dans le service de M. le professeur Grasset.

Son père et sa mère sont morts âgés. A perdu un frère de la dothiénentérie.

Notre malade a eu : étant enfant, la rougeole et la fièvre typhoïde. A l'âge de 28 ans, la petite vérole. Beaucoup plus tard, H. A..., fut atteint de lithiase rénale ; il alla à la Preste, en 1900, et fut guéri presque complètement.

Le 29 avril 1904 notre malade va consulter M. Grasset dont l'ordonnance porte les lignes suivantes : « Vertiges d'artérioscléreux (pollakiurie, acroparesthésies) ; neurasthénie ; atonie gastro-intestinale et constipation ». M. Grasset défend le tabac et l'alcool et ordonne une saison à Chatel-Guyon. Cette dernière prescription est suivie.

A fumé beaucoup. Ethylisme léger.

H. A... est marié ; il a perdu une fille de la petite vérole ; un fils en bonne santé.

La maladie actuelle remonte au 16 novembre 1907. Début brusque. A la suite d'un « effort intellectuel », vers midi (?), une vive douleur, « comme un coup de couteau », est ressentie derrière le sternum, pas d'angoisse. Cette douleur ne dure pas longtemps. Grande pâleur ; froid ; le malade a l'impression que tout son sang reflue au cœur. Pas de perte de connaissance. Reste étendu deux heures sans aucune force. Intermittences du pouls. Deux docteurs prodiguent des soins : injections d'éther et de caféine, flagellation du visage, sinapismes, etc. On porte H. A... à l'hôpital (purge et digitale). La sensation de froid signalée plus haut dure de midi à sept heures du soir. Bientôt une douleur nouvelle naît encore au niveau de la poitrine. « On aurait dit que des chats m'égratignaient », nous raconte-t-il ; toujours au niveau de la poitrine impression de brûlure. Pas d'angoisse. Au bout de quatre ou cinq jours cette nouvelle douleur devient moins étendue, se concentre au niveau de l'union du manche et du corps du sternum. Crampes dans les mollets. Pendant quinze jours le malade doit se contenter du régime lacté. On prodigue les remèdes : digitale, strophantus, liqueur d'Hoffmann, iodure de potassium ; l'iodure produit un effet excellent. Les phénomènes douloureux deviennent moins intenses. Au bout de quarante-cinq jours, sortie de l'hôpital.

H. A... nous fournit encore les renseignements suivants : *Depuis la fin de janvier, douleur continue avec exacerbations siégeant au creux de l'estomac et comparable à une impression de « contraction ». Quand la douleur est à son paroxysme, elle occupe un espace « grand comme une pièce de cinq francs » ; quand elle est moins violente, elle*

couvre seulement un espace « grand comme une pièce de 0 fr. 50 ». Il y a des irradiations à droite et à gauche (ne dépassant guère l'épigastre), dans le dos. Quand ce point épigastrique devient très violent, le malade se sent défaillir ; il lui semble qu'il va se « trouver mal ». Pas d'impression de mort imminente. Les grandes inspirations augmentent la douleur. La digestion n'a pas d'influence.

En même temps que son point épigastrique, H. A... ressent encore la douleur située plus haut et déjà décrite.

A la fin de janvier, retour à l'hôpital.

Au début de mars, crise analogue à la première, en différant seulement par l'adjonction de la douleur épigastrique (un cataplasme le soulage). Huit jours après, cela recommence.

M. Grasset veut bien nous communiquer une lettre écrite par le docteur d'H. A..., le 12 mai 1908. Voici un large extrait de cette lettre.

« H. A... présente depuis un an environ des troubles cardiaques caractérisés par des syncopes, de la céphalée, de l'arythmie, de l'engourdissement des extrémités ; je n'ai jamais observé chez lui de véritable crise d'angine de poitrine, j'attribue pourtant ces symptômes à l'ischémie du myocarde, résultant d'une viciation de la circulation coronaire, liée elle-même à une ectasie de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique.

» Il n'existe pas de souffle..., le ton aortique n'est pas vibrant, mais la radiographie, à défaut de la percussion insuffisante en raison de la corpulence, montre une dilatation notable de l'aorte thoracique ; enfin le tracé comparé traduit une différence marquée entre les deux pouls.

» Toutes les médications cardio-vasculaires, cardio-rénales, ont été employées : les vasodilatateurs ont donné les meilleurs résultats. »

Actuellement (le 2 juin 1908), le *point épigastrique* et l'autre douleur persistent.

Essoufflement. Pieds un peu enflés, surtout le soir.

Bourdonnements d'oreilles. Mouches devant les yeux. « Papillons blancs et noirs ». Céphalées violentes. Battements au niveau des tempes. Vertiges. Fourmillements dans les doigts et dans les jambes. Urinait peu quand il est arrivé ; le nitrite de soude lui donne de la polyurie. Pollakiurie.

Tousse un peu.

Insomnies.

Appétit bon. Digestions bonnes. Constipation.

Pas d'amaigrissement. Pas de fièvre. Asthénie.

H. A... est un homme fort, grand, paraissant robuste.

Le cœur ne semble pas dépasser le bord droit du sternum. Le second bruit aortique est un peu claqué.

Sonorité pulmonaire un peu exagérée. Inspiration humée, expiration prolongée.

La douleur épigastrique n'est pas exagérée par la pression. L'estomac ne semble pas dilaté. Le foie n'est ni douloureux ni hypertrophié. Il en est de même de la rate.

Le malade est mis à un régime léger (bouillon, purées, œufs, lait). On lui donne du nitrite de soude qui n'abaisse pas la tension. Cette dernière était, le 25 mai : 21 à gauche et 23 à droite. Le 3 juin, on trouve : 25 à gauche et 22 à droite. M. Grasset fait remarquer le peu d'intensité de l'impulsion cardiaque. Il y a, dit-il, hypertension de cause périphérique. La « guypsine » est prescrite. Le 15 juin : T. 16 1/2. Cet abaissement est attribué à la « guypsine ».

Nous avons eu l'occasion de voir H. A. après sa sortie de l'hôpital ; il paraissait joyeux et bien portant.

CHAPITRE V

LE POINT ÉPIGASTRIQUE DANS L'ANGINE DE POITRINE

Les symptômes qui accompagnent l'angine de poitrine sont, on le sait, extrêmement variés. Aussi, durant longtemps, n'a-t-on pu préciser les caractères de cette maladie. Elle a cependant beaucoup tourmenté l'humanité pendant l'antiquité et le moyen-âge. La diversité des formes de l'angor pectoris a donné naissance à des théories très différentes relatives à sa nature. Dans cette maladie on trouve avant tout deux groupes de symptômes : les symptômes nerveux et les symptômes artériels. Les uns ou les autres prédominent suivant les cas.

Parfois l'un des groupes prédomine tellement qu'il absorbe complètement l'attention.

Les cliniciens sont scindés en deux écoles. L'une considère l'angine de poitrine comme une affection nerveuse, l'autre la considère comme une affection des vaisseaux et du cœur. Cette dernière école est, croyons-nous, la plus importante. De là l'utilité du présent chapitre.

A côté de ces symptômes, il en est d'autres concernant le tube digestif. Bien entendu, nous nous intéresserons exclusivement à ceux de la *région gastrique.*

Le siège de la douleur peut être au niveau de l'appendice xiphoïde. Parfois, après avoir débuté à cet endroit

ou même un peu plus bas, elle suit vers l'épaule, le bras, l'avant-bras, les irradiations habituelles. Mais celles-ci sont absentes dans certains cas. *L'accès est alors limité à la douleur épigastrique et pourra simuler une gastralgie* Les malades s'y trompent immanquablement. Les médecins peu expérimentés partagent quelquefois leur erreur.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes gastro-iliaques dépendant de modifications vasculaires de la cavité abdominale. Il nous paraît cependant intéressant de les noter.

La douleur de la région gastrique peut être comparée à une compression forte. Certains malades ont du *pyrosis,* disent MM. Huchard, Chevillot, Pawinski. Ce dernier s'étend longuement sur le pyrosis (1). Quelquefois, dit-il, c'est le signe primordial de l'angine de poitrine. Il dure parfois quelques semaines, puis se transforme en douleur nettement sténocardiaque (tension atroce du thorax, oppression vive). Dans une angine de poitrine déclarée, il est plus rare. Quand il existe on l'observe entre deux accès. Il semble l'expression d'une accalmie de l'angor. D'ordinaire, il est localisé au niveau de la portion supérieure ou moyenne du sternum. On l'a décrit également à l'*épigastre.* Parfois le malade le sent d'abord au côlon transverse, puis à l'*estomac* et à l'œsophage.

Le pyrosis de l'angine de poitrine ne doit pas être confondu avec celui de l'hyperacidité gastrique, car assez souvent il se produit indépendamment de l'absorption des aliments, parfois même à jeun. Il diffère du pyrosis nerveux

---

(1) L'angine de poitrine revêtant la forme d'une affection de l'estomac et son traitement. Bulletin général de thérapeutique, 30 avril 1908.

de l'hystérie ou de la neurasthénie en ce que on le ressent de préférence pendant les mouvements. Le pyrosis nerveux, au contraire, est souvent senti au repos.

Nous devons le reconnaître dans l'angine de poitrine; la brûlure peut être observée après le repas, mais elle n'est perçue que lorsque le malade, après avoir ingéré des aliments, se livre à un exercice, marche, par exemple. La cause du pyrosis est alors le mouvement et non l'aliment.

D'ordinaire, dans les cas déjà avancés d'angine de poitrine, où les accès se produisent au milieu du repos complet, au lit, il n'y a pas de pyrosis.

On a signalé encore dans la variété qui nous occupe, la dysphagie, le serrement à la gorge, l'éructation.

Cette dernière se produit d'ordinaire à la fin de l'accès. Les malades, dit M. Pawinski, la décrivent de la façon suivante : « A la maison, je suis tout à fait bien ; dès que je sors dehors et surtout si je marche un peu plus vite je ressens une douleur dans la partie supérieure du thorax, irradiant vers le bras gauche. Je suis obligé alors de m'arrêter et, dès que j'ai une éructation, la douleur cesse et je peux continuer la marche. Les médecins disent que c'est de l'angine, que c'est de la sclérose, mais, à mon avis, ce n'est que l'estomac qui est malade. »

Mentionnons, pour être complets, le ptyalisme, les douleurs sténocardiaques après l'ingestion des aliments (plus la maladie est avancée et plus l'influence des repas sur les douleurs devient nette), les *nausées,* les *vomissements,* le ténesme, la diarrhée suivant certains accès, une *distension gazeuse* parfois considérable.

M. Huchard cite un certain nombre de cas dont la description trouve ici sa place.

Cet auteur signale un malade qui a souffert pendant plusieurs mois, en l'absence de tout symptôme cardiaque

ou aortique, d'*accidents gastralgiques particulièrement intenses*. Longtemps on put le considérer comme atteint d'une affection stomacale. Dans la suite apparurent des douleurs rétro-sternales survenant par crises avec *accès paroxystiques d'épigastralgie et distension gazeuse de l'estomac*. En même temps, il y avait une aortite avec dilatation du vaisseau. Ce malade finit par succomber.

Une autre personne, suivie longtemps par le même auteur, a présenté pendant deux ans des *douleurs subites, vives, constrictives, au creux de l'estomac, sans irradiations sous-sternales ou brachiales*. Les caractères de ces douleurs, l'existence d'une aortite subaiguë, imposaient le diagnostic d'angine de poitrine, confirmé dans la suite par les événements.

Un médecin a *souffert « affreusement » de l'estomac pendant une année*, avant d'avoir des accès francs d'angor pectoris. L'auscultation du cœur et de l'aorte ne décelait aucun bruit morbide, mais la matité aortique était augmentée, les artères cervicales battaient de façon anormale. On observait un peu de soulèvement des sous-clavières ; le pouls était concentré et dur comme dans l'artériosclérose commençante. *Les douleurs stomacales arrivaient par crises subites ; souvent la marche et l'effort les provoquaient ; parfois le travail de la digestion en était le point de départ*. Il convient d'insister sur ces douleurs : *le malade avait l'impression qu'un étau comprimait violemment sa région épigastrique, qu'un pieu de fer rougi était enfoncé jusqu'à la colonne vertébrale*. Un traitement ioduré fut institué. Au bout d'une année une franche crise d'angor pectoris leva tous les doutes.

Voici maintenant une femme présentant un rétrécissement et une insuffisance aortiques avec de l'angine de poitrine. *Toujours les accès angineux commençaient par*

l'épigastre, ensuite la douleur remontait le long du sternum, atteignait l'épaule, le bras et l'avant-bras. *Certains accès s'arrêtaient sur place, en conservant leur siège épigastrique.* On avait ainsi l'apparence d'une affection gastralgique.

Voici enfin un autre malade âgé de 60 ans environ. Il avait consulté plusieurs médecins et ces derniers ne s'étaient pas entendus. Certains avaient parlé de gastralgie un peu anormale, d'autres avaient cru voir des accès de pseudo-gastralgie calculeuse, quelques-uns enfin avaient diagnostiqué des troubles cardiaques consécutifs à une dyspepsie flatulente ou encore une dilatation d'estomac à forme cardiaque. M. Huchard affirma que le danger n'était pas à l'estomac, mais à l'aorte et au cœur, qu'on avait devant les yeux des accidents angineux à forme pseudo-gastralgique, dus à une affection de l'aorte. Le malade ne se laissa pas convaincre, et pendant trois ans absorba des remèdes inutiles. Mais bientôt la maladie cardio-aortique se confirma. Il y eut de l'œdème progressif des membres inférieurs et des parois abdominales, des signes d'aortite chronique avec souffle systolique et souffle diastolique à la base, des douleurs rétro-sternales, des accidents lipothymiques. Le médecin ordinaire du malade insista alors sur la médication iodurée, sur le régime lacté. Mais déjà l'artério-sclérose avait envahi le cœur, donnant lieu à une dégénérescence de son muscle, le rein, produisant une néphrite interstitielle (bruit de galop, légère quantité d'albumine dans les urines). Il était donc trop tard.

M. Huchard insiste longuement sur ce cas. Il avait remarqué l'apparition *subite* des accès pseudo-gastralgiques sous l'influence d'un effort ou même de la marche, leur durée éphémère, leur disparition rapide par le repos, la

coexistence de sensation d'engourdissement, d'endolorissement même du bras droit avec angoisse particulière. Il est utile de dire qu'au moment de la crise il y avait des *nausées, des vomiturations, de la flatulence, du ballonnement stomacal.*

Pour ne pas commettre une erreur de diagnostic, il convient de bien étudier les caractères de la douleur, de rechercher les symptômes de la sclérose artérielle. Souvent ils existent, et alors on aura fréquemment à droite du sternum un retentissement diastolique de l'aorte. On le sait, quand une affection gastrique retentit sur le cœur, le retentissement diastolique existe plutôt à gauche au foyer de l'artère pulmonaire.

La réalité des angines de poitrine à forme pseudo-gastralgique a été démontrée par l'anatomie pathologique.

Observation X

In thèse de Millot.

Apparition tardive des règles. Hémoptysies Hématémèses. Angine de poitrine vaso-motrice. Paroxysmes périodiques. Hystérie diagnostiquée par Récamier.

Marguerite Tenot, fille, âgée de vingt ans, cuisinière, d'une constitution lymphatino-sanguine, née de parents qui ont toujours joui d'une bonne santé, ayant deux frères et une sœur qui se portent bien aussi, a constamment joui elle-même d'une très bonne santé, jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle une affection de poitrine se déclare avec *douleur à la partie inférieure du sternum, un peu à gauche* et au-dessous du sein, accompagnée de crachements de sang pendant trois mois et persistant seule les trois mois suivants.

A dix-huit ans et demi, les règles paraissent pour la

première fois, durent trois jours et n'ont plus reparu depuis ; la santé s'altère bientôt, la douleur revient par intervalles et persiste chaque fois plus ou moins longtemps.

Au commencement de la dix-neuvième année, des bouffées de chaleur commencent à se propager du point douloureux au visage, se dissipent promptement et reviennent plusieurs fois dans la journée, pendant trois semaines environ ; puis quinze jours après, un paroxysme s'annonce par des vertiges, un étourdissement violent avec menace de suffocation, sentiment de constriction intérieure et de strangulation au-dessus du sternum, et peu après, vomissement de sang mêlé avec de la bile et précédé d'un goût fade et désagréable dans la bouche, se renouvelant avec une fréquence effrayante pendant trois jours, mais moindre pendant les trois mois suivants.

Plus de trente saignées furent faites et toujours avec un soulagement marqué dans le moment.

Le quatrième mois, il y eut du mieux ; mais au commencement du cinquième, les accidents se renouvellent avec plus d'intensité. Marguerite entra alors à l'Hôtel-Dieu et se trouva confiée aux soins de M. Récamier, qui ne tarda pas à reconnaître l'angine de poitrine (23 juin 1811).

La position verticale, la marche, et surtout l'action de monter un escalier déterminaient une oppression considérable, et souvent la syncope ; le toucher sur le côté gauche ou la flexion du tronc en avant produisaient de plus un sentiment d'étouffement et de suffocation.

Lorsque le tronc était légèrement courbé en arrière, la malade se trouvait mieux ; le refoulement vers la poitrine des viscères abdominaux du côté gauche seulement déterminait de l'anxiété et de l'oppression.

Il était difficile de s'assurer de l'état de la poitrine par

la percussion, la malade ayant de l'embonpoint et beaucoup de gorge. Cependant, il y avait depuis quelques jours un peu de gonflement œdémateux sur le côté gauche, ainsi qu'au pied du même côté, mais ce gonflement disparut au bout de quelques jours ; le pouls était faible, petit, irrégulier, la langue légèrement pâteuse, la soif vive, l'appétit nul ; l'*épigastre douloureux* à la pression, la constipation habituelle, l'urine peu abondante et son émission douloureuse, la peau décolorée, les lèvres pâles et quelquefois bleuâtres. Tandis que les joues devenaient alternativement pâles et rouges, les yeux étaient battus, et il y avait insomnie ; l'oppression persistait et la malade vomissait souvent un sang noirâtre tantôt seul, tantôt mélé avec la bile, d'autres fois écumeux. La saignée seule produisait un soulagement sensible.

Le 20 juillet, pour la première fois, le paroxysme s'annonce par une douleur vive, aiguë, qui s'irradie dans le bras gauche jusqu'aux doigts et dans le membre abdominal du même côté jusqu'aux orteils, en suivant dans l'un et l'autre leur côté interne. L'application d'un moxa sur la poitrine ne produisit aucun mieux sensible, ni alors, ni plus tard. Le surlendemain (7 août), Marguerite Ténot éprouve pour la première fois, à minuit, une sensation de froid très vif au sommet de la tête ; il lui semble alors que de ce point froid deux cordes de glace (ce sont ses expressions), descendent sur les côtés de la tête et du col, se joignent à la hauteur du larynx et produisent un sentiment de strangulation avec gêne très grande de la respiration ; impossibilité d'articuler une seule parole. Jusqu'au 12, cette sensation de froid se reproduit constamment à minuit ; sur les deux ou trois heures une sueur générale, douce, peu abondante, s'établit et le paroxysme se termine de quatre à cinq heures. A la douleur vive irradiée dans

les membres succède un sentiment de fourmillement très incommode et de l'engourdissement.

Du 12 au 19, les paroxysmes diminuent d'intensité par l'emploi du miel térébenthiné et de l'asa-fœtida ; mais quoique, dans les premiers jours d'octobre, il n'y eût plus de paroxysmes, le sentiment de fourmillement dans les membres persista d'une manière très incommode ; il y avait de plus céphalalgie violente et insomnie.

Marguerite Ténot quitta alors l'Hôtel-Dieu pour retourner à Montmagny, village à trois lieues de Paris, où elle demeure. Le mouvement de la voiture appelle de suite le paroxysme qui dura trois jours, pendant lesquels, de son propre mouvement, elle prit trois bains, tièdes d'abord, puis froids.

Le premier jour, gonflement assez considérable de l'abdomen, suivi le lendemain d'une *douleur vive, aiguë, à l'épigastre,* comme si une corde tiraillait l'estomac vers le bassin et bientôt de l'écoulement par les parties sexuelles d'un liquide roussâtre, dont la quantité, évaluée à trois pintes dans les premiers jours, diminua ensuite jusqu'aux derniers jours d'octobre. Une diarrhée assez abondante se déclara avec cette évacuation, au point de procurer quinze à vingt selles par jour.

Pendant deux mois que Marguerite Ténot resta à Montmagny, les paroxysmes sont revenus régulièrement chaque jour à deux heures, mais le vomissement de sang ne s'est pas déclaré. Marguerite ne pouvait alors prendre que du lait froid, des fruits crus, des bouillons maigres et froids et des légumes. Le vin l'incommodait, le lait chaud et les bouillons gras étaient vomis de suite. En général les boissons chaudes ou seulement tièdes produisaient une sensation de chaleur brûlante qui se propageait dans la poitrine, les membres du côté gauche et la tête, avec étour-

dissement et vertiges pendant deux heures environ. Les boissons froides soulageaient toujours.

Le 6 novembre, Marguerite Ténot revint à l'Hôtel-Dieu. Le 9, l'écoulement par les parties sexuelles se renouvela. Le 11, la malade éprouva dans la soirée une *douleur plus vive et plus aiguë à l'épigastre* et dans l'hypochondre, avec des tiraillements insupportables de l'estomac.

Elle voulut se lever pour que l'eau ne s'écoulât pas dans son lit, mais à peine eut-elle les pieds à terre qu'elle éprouva tout à coup un *élancement plus douloureux, à la partie inférieure gauche du sternum,* avec irradiation instantanée à sa partie moyenne, puis supérieure, avec resserrement spasmodique, sentiment de strangulation, anxiété, vertiges, perte de connaissance, état de stupeur et de mort apparente.

Un vésicatoire fut appliqué de suite sur l'épigastre et un moxa sur le sternum, sans que la malade donnât le moindre signe de sensibilité.

Le lendemain, même état ; M. Récamier la considère comme hystérique ; une saignée est prescrite, ainsi qu'un large vésicatoire entre les épaules.

La malade ne revint à elle que le soir ; elle disait alors ressentir à la partie moyenne du sternum une douleur qu'elle comparait à celle que pourraient causer des coups de couteau ; elle éprouvait aussi à la partie supérieure une vive douleur et un sentiment de constriction ; elle se plaignait d'un sentiment de douleur de la langue, ne pouvait parler qu'à voix basse et disait éprouver une douleur de tête comme si on la lui eût serrée fortement. (Potion et boisson antispasmodiques, trois demi-lavements froids avec camomille et laudanum). Le mieux se prononce de plus en plus.

Du 13 au 16. les paroxysmes s'accompagnent vers mi-

nuit d'un sentiment de froid avec frissonnement s'irradiant de la partie inférieure du sternum dans toute la moitié gauche du corps, mais plus sensible sur tout le côté gauche de la tête et sur le sinciput. A ce sentiment de froid succède, vers trois heures, une chaleur peu forte.

Du 16 novembre au 20 décembre, paroxysmes tantôt plus, tantôt moins intenses, avec vomissements de sang par intervalles.

Du 11 au 20 particulièrement, il y eut un mieux sensible, dû probablement à l'emploi des sangsues et des saignées générales qui, du moins, ont constamment procuré un soulagement complet.

Marguerite Tenot, voulant alors retourner à Montmagny, M. Récamier lui conseilla de se faire saigner tous les dix ou quinze jours. Elle a suivi exactement ce conseil. Elle a fait usage d'une simple boisson diurétique et d'un vin légèrement emménagogue. Les paroxysmes sont devenus beaucoup moins fréquents et moins longs, et même, depuis le mois de mars, elle n'en a pas eu le moindre ressentiment. Elle est aujourd'hui fraîche et bien portante et elle a quitté son état pour travailler au linge dans la maison où elle est. Cependant, si elle marche vite, si elle monte un plan incliné, la douleur se rencontre de suite, et l'air, pour me servir de ses expressions, semble lui manquer ; il suffit qu'elle s'arrête pour que tout cesse à l'instant. Si elle retarde la saignée de quelques jours, le vomissement de sang reparaît et un état de turgescence locale et générale lui indique le moment où elle doit se faire saigner.

Observation XI

In thèse de Le Clerc.
Jeune névropathe, émotif. Névralgies dentaires. Tic douloureux.
Crises angineuses durant dix minutes.

M. S..., âgé de 22 ans, que je vois le 31 décembre 1875, est un jeune homme au teint frais, ayant des apparences féminines. Il a déjà éprouvé bon nombre d'accidents nerveux : « Cela tient de famille », dit-il. Sa mère était névropathe.

M. S..., à la moindre émotion un peu vive, est pris de tremblement du membre supérieur gauche.

Durant toute l'année 1874, il a ressenti dans les dents des élancements soudains, précipités, excessivement douloureux, se présentant quatre ou cinq fois par jour, pendant un quart d'heure environ, chaque fois accompagnés de congestion du visage, d'injection des yeux et de grimacements involontaires. Trois dents cariées furent extraites sans résultat. Ce tic douloureux continua, et il a cessé spontanément dans les premiers jours de 1876.

Enfin, quand M. S... apprend une bonne nouvelle ou qu'il s'attend à recevoir quelqu'un de sa famille et que celui-ci se présente à lui, il éprouve tout à coup ou bien une *douleur très vive au creux épigastrique,* s'irradiant parfois dans les hypochondres droit et gauche et apaisée par la pression, ou bien une douleur sous-sternale, également très vive, constrictive, angoissante, s'irradiant jusque dans l'épaule gauche, mais ne durant jamais plus de dix minutes.

Observation XII

Même source.

Antécédents nerveux. Femme d'un caractère irritable, crises de larmes, crises de rire. Insensibilité absolue de l'épiglotte. Migraines précédant les règles. Premier accès d'angine de poitrine il y a 23 ans, unique. Réapparition de l'angine il y a cinq ans. Syncopes fréquentes. Les accès reviennent de préférence au moment des règles. Creux épigastrique douloureux. Digestions laborieuses. Etouffements et cauchemars la nuit. Palpitations sans douleurs. Souffles transitoires pendant l'attaque. Grande amélioration.

Mme Mathilde C..., âgée de 47 ans, entre le 21 novembre 1885 dans le service de M. Huchard (salle Récamier, lit 20).

C'est une femme vigoureuse, de forte corpulence, à la figure colorée, présentant un certain degré d'obésité, qui va s'accentuant depuis plusieurs années. Son père est mort à l'âge de 86 ans ; sa mère à 69 ans, d'un cancer du sein. Le grand-père maternel a succombé à une affection cardiaque. Une cousine, fille de son oncle maternel, âgée de 30 ans, mariée, est hystérique. Elle a des attaques convulsives depuis l'âge de 16 ans assez fréquentes, présente des accès de somnambulisme. Notre malade, réglée à 10 ans, est d'un caractère mobile, assez irritable. Elle s'est mariée à 22 ans, n'a eu qu'un enfant, qui est maintenant un homme très vigoureusement constitué. Ses antécédents pathologiques sont simples : une fièvre typhoïde et une péritonite, suite de couches. Elle n'a jamais eu de crises hystériques. Toutefois, elle a fréquemment des envies de pleurer injustifiées, et aussi des crises de rire que rien n'explique.

On constate une insensibilité absolue de l'épiglotte.

Rien d'autre à signaler, sinon que l'apparition des menstrues est presque toujours précédée chez elle, un ou deux jours à l'avance, de fortes migraines, qui durent un

jour, ne s'accompagnent pas de troubles digestifs et sont plutôt marquées par une exagération de l'appétit.

Il y a 23 ans, la malade, qui avait eu une légère discussion avec son mari dans la soirée, au sujet d'un bal auquel elle voulait assister, ressentit subitement des battements violents du cœur et des vaisseaux du cou. En même temps, elle eut une légère sensation de constriction dans la poitrine, sans douleur dans le bras gauche, et ce fut tout. Cet état douloureux et angoissant dura néanmoins 7 heures. Pendant 14 années, aucune crise analogue ne vient l'atteindre ; elle éprouve seulement des palpitations en montant les escaliers, en marchant un peu vite ou encore sous l'influence d'émotions gaies ou tristes.

Il y a cinq ans, sans cause appréciable, survint un accès semblable au premier, mais d'une violence beaucoup plus effrayante. Il est suivi de plusieurs autres, qui arrivent d'abord à deux ou trois mois d'intervalle, puis augmentent de fréquence jusqu'à se répéter tous les jours pendant plusieurs jours de suite, sauf à faire défaut ensuite pendant plusieurs semaines. Leur durée varie de une heure à six ou sept heures. Ils se terminent fréquemment par une syncope, et il est difficile de leur trouver une cause occasionnelle appréciable. Ainsi, de gros chagrins ne les provoquent pas, mais il suffira d'une porte qui se ferme trop violemment pour les faire éclater. L'ascension des escaliers est aussi sans effet, sauf, ainsi que nous l'avons dit plus haut, pour la production des palpitations. Toutefois la malade a remarqué que l'attaque revient de préférence au moment des règles, soit un peu avant, soit un peu après. Il est bien évident que ceci n'a de valeur qu'au cas où les accès sont séparés par des intervalles notables. La crise angineuse remplacerait alors les migraines qui annonçaient autrefois l'apparition des règles.

Quoi qu'il en soit, *l'angor se manifeste brusquement par une douleur aiguë, siégeant au creux épigastrique, derrière l'appendice xiphoïde,* s'accompagnant de palpitations, de battements des vaisseaux du cou et de la partie supérieure de la poitrine, s'irradiant parfois dans les deux bras, sans dépasser la région du coude, parfois sans prolongement dans le bras.

Il arrive que l'accès débute par un étourdissement. Il existe d'ailleurs une douleur permanente derrière l'épaule gauche, ne s'exaspérant pas pendant la crise angineuse. Enfin, très fréquemment, la malade perd connaissance à la fin de la crise. Elle émet ensuite des urines claires et limpides en abondance. Tant que dure l'attaque, la respiration est normale ; les battements artériels signalés sont sensibles à la vue et à la palpation. Le pouls est si rapide qu'on ne peut le compter. Quand l'accès va cesser, la malade éprouve un sentiment de constriction légère ; elle est très agitée, se plaint de coups de marteau dans la poitrine. La figure devient pâle, verdâtre, décomposée. Les extrémités se refroidissent ; souvent la syncope survient.

Le séjour à l'hôpital a été de courte durée. La malade sort le 1er décembre ; mais elle doit revenir tous les 15 jours.

On lui prescrit :

1° Une douche tous les jours ;

2° Une cuillerée à bouche avant chaque repas du sirop suivant :

Sp. écorces d'oranges amères, 500 grammes ;

Bromure de potassium et bromure de sodium, ââ 10 gr. ;

3° Tous les soirs, au moment du coucher, une tasse de tilleul, dans laquelle on aura mis XII à XV gouttes de teinture de viburnum prunifolium.

Le nitrite d'amyle a été employé au moment des accès, mais son action a été insuffisante, sinon nulle.

Nous avons revu, le 28 novembre 1886, cette malade que son médecin ordinaire, M. le docteur P... a bien voulu envoyer à l'hôpital Bichat, pour être examinée par nous.

Interrogée sur ce qui précède la crise, elle nous répond que celle-ci la prend à l'improviste, que rien ne lui indique ce qui va survenir. Cependant, plusieurs fois, elle a ressenti la veille des frissons prolongés, une sensation de froid intense et généralisée. *Le creux épigastrique est douloureux en dehors des crises.* Cette localisation un peu anormale dirige les investigations du côté de l'estomac. Depuis longtemps, les digestions sont laborieuses. Il y a des étouffements la nuit, des cauchemars qui troublent le sommeil, ce qui a déterminé la malade à ne prendre que du lait au repas du soir. Souvent des bouffées de chaleur surviennent après qu'elle a mangé. L'estomac ne paraît pas dilaté. Il n'y a ni clapotement, ni sonorité d'une étendue anormale.

Au point de vue qui nous intéresse, il y a une grande amélioration, ainsi qu'en témoignent la diminution de fréquence des crises (7 seulement depuis 3 mois), leur durée moindre (entre 7 et 20 minutes), l'absence de syncope terminale. Toutefois, une grande lassitude les suit, si courtes qu'elles soient. En dehors des crises, la santé n'est pas absolument parfaite ; *le creux épigastrique reste douloureux.* Les autres fonctions s'exécutent normalement, sauf une constipation assez rebelle. La malade se plaint encore d'élancements douloureux dans un sein ; elle a peur « d'avoir un cancer ».

Quant à l'aspect des accès d'angine, il s'est peu modifié. Plusieurs fois, un gonflement considérable des seins l'a immédiatement précédé. La malade crie et pleure pen-

dant l'attaque. Elle accuse une sensation de strangulation.

Elle est toujours très émotive, et au moment où M. Huchard, son interne, M. Weber, et moi, nous l'auscultons, il y a des palpitations violentes qui ébranlent la paroi de la poitrine, mais aucun bruit morbide. Les battements du cœur ont beaucoup d'éclat. Les vaisseaux du cou battent également. Le pouls est précipité, plein, mais régulier. Pas d'athérome radial. M. Huchard nous dit avoir à plusieurs reprises, pendant les attaques d'angine, perçu des souffles transitoires qui font défaut actuellement.

Au bout de quelques minutes, alors que tout paraît rentré dans l'ordre, nous entendons des bruits cardiaques bien frappés, bien rythmés, sans aucun élément morbide et d'une fréquence absolument normale.

La malade présente quelques varices aux jambes ; elle n'a pas d'hémorroïdes, n'a jamais eu d'hémoptysie. Epaississement du bord libre des ongles avec apparence feuilletée. Plaque d'urticaire géante, dans la région malaire droite. Cette plaque, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, est d'ailleurs en voie de régression.

Observation XIII

Résumée.

Huchard. Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, troisième édition, tome II, page 24 et suivantes.

Angine de poitrine à siège épigastrique et à forme pseudo gastralgique.

B..., 38 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat le 13 septembre 1886. Elle aurait eu, au mois de février dernier, une fluxion de poitrine, et aurait conservé, depuis cette époque, une certaine oppression en marchant, des palpitations fréquentes.

A son entrée, on trouve le pouls petit et concentré à 96,

la face cyanosée sur un fond pâle, la région du cou animée de battements artériels, la région précordiale soulevée par une ondulation étendue : la malade est constamment penchée sur son lit, respirant avec difficulté et présentant de violents accès de dyspnée avec angoisse, mais sans douleur. Ces crises d'oppression forment le caractère dominant de la maladie : survenant soit spontanément, le plus souvent le soir et la nuit, d'autres fois aussi sous l'influence d'une émotion, du travail, de la digestion, d'un simple mouvement. M. Juhel-Rénoy, qui me remplaçait alors, constate un bruit de va-et-vient au-devant du cœur, un bruit de galop à la pointe, et, en l'absence d'un véritable souffle, un retentissement très prononcé du second bruit diastolique : *cœur dilaté*, battements de l'aorte s'étendant tout le long de la colonne vertébrale, matité de la crosse, notablement augmentée. A l'auscultation de la poitrine, congestion pulmonaire avec léger épanchement à la base droite, avec râles sous-crépitants, respiration soufflante et légère diminution du murmure vésiculaire. Foie un peu douloureux et augmenté de volume : urines sans albumine. Les autres organes sont sains : pas d'œdème des membres inférieurs.

Diagnostic : Myocardite avec aortite très probable. Péricardite.

Pendant trois semaines, les mêmes symptômes se reproduisent, mais c'est toujours la dyspnée qui prédomine, dyspnée à violents paroxysmes, au point que, plusieurs fois, on crut à un dénouement fatal.

Quelques jours après ma rentrée dans le service, le 10 octobre, un autre élément s'ajoutait : aux accès d'oppression se joignaient des accès subits de *douleur vive, constrictive, au creux épigastrique : la malade portait la main au creux de l'estomac, où elle disait souffrir « af-*

freusement », puis la douleur irradiait dans l'hypochondre droit, simulant des coliques hépatiques. Elle disait ressentir au niveau du creux épigastrique une sorte de torsion, de compression violente, comme si un étau eût rapproché cette paroi de la colonne vertébrale. Les douleurs paroxystiques survenaient souvent à la suite de l'ingestion alimentaire, et cependant rien, ni dans les antécédents, ni dans les symptômes actuels, ne permettait de croire à une affection ou à une complication stomacale. *D'autres fois, ces douleurs à siège gastrique survenaient à l'occasion d'un simple mouvement ou d'un effort ; elles avaient une durée de quelques minutes à une demi-heure ou même une heure.* Deux fois seulement, elles se sont fait sentir très légèrement sous le mamelon, avec irradiation ascendante à la partie moyenne du sternum. Encore, ne s'agissait-il pas d'une véritable douleur, mais surtout d'une sensation de poids énorme au-dessus de l'appendice xiphoïde, et ces douleurs si violentes, propagées de l'estomac à la région dorsale, avaient pu faire croire à un ulcère stomacal.

Le siège insolite des douleurs, leur survenance après la moindre ingestion alimentaire, pouvaient faire méconnaître tout d'abord l'origine et la nature réelle de ces souffrances. Il y avait des accès de pâleur faciale.

Pendant un mois, on ne constate, à l'examen du cœur et des vaisseaux, qu'un retentissement insolite du bruit diastolique de la base à droite, une augmentation très nette de la matité cardiaque, une étendue plus grande de la matité aortique, un bruit de souffle systolique de la pointe diminuant souvent d'intensité (insuffisance fonctionnelle de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche). Ces phénomènes imposaient le diagnostic d'aortite subaiguë avec myocardite et dilatation des cavités du cœur.

Après un traitement par l'iodure de sodium, prescrit dans les derniers jours, une amélioration passagère était survenue : crises d'oppression moins vives, accès de douleurs moins répétés, quand, le 7 novembre, à neuf heures du soir, après une journée relativement bonne, la malade fut prise subitement, à la suite d'un léger effort pour monter dans son lit, d'un violent étouffement ; elle porta vivement la main à son cœur, elle s'écria : « J'étouffe, je meurs », et une seconde après elle succombait.

Rapprochant de cette mort subite les crises d'épigastralgie angoissante, je les rattachai à une angine de poitrine à siège épigastrique.

Observation XIV

Résumée. Même source que la précédente.
Accès pseudo-gastralgiques d'angine de poitrine.

G... (Stéphanie), 57 ans, couturière, entre le 22 mars 1887, à l'hôpital Bichat. Impossible d'avoir aucun renseignement de quelque importance sur ses antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, on relève un érysipèle de la face (datant de l'année 1885), à la suite duquel ses jambes seraient restées « enflées » pendant quatre mois. Depuis 1887, elle se plaint de douleurs vagues dans les deux genoux, douleurs qui ne l'ont, du reste, jamais arrêtée dans son travail. Elle n'est pas nerveuse et ne présente aucun des stigmates de l'hystérie. La ménopause est survenue rapidement à l'âge de 53 ans, époque à laquelle mourut sa mère et survinrent de grands chagrins. Quelques années après, elle s'aperçoit que la marche est moins facile. *Dès qu'elle fait quelques pas un peu vite, dès qu'elle monte un étage ou qu'elle gravit une*

côte, elle est obligée de s'arrêter, parce qu'elle est essoufflée et qu'elle ressent une sensation « pénible » dans la poitrine ; mais cette sensation n'existait pas encore dans la région cardio-aortique ; *elle ne paraissait avoir son siège qu'au creux de l'estomac.* Cette oppression et cette sensation pénible se montraient encore parfois après le repas du soir, surtout lorsqu'elle se livrait à un effort.

Diagnostic : angine de poitrine à siège épigastrique.

CHAPITRE VI

LE POINT ÉPIGASTRIQUE DANS QUELQUES AUTRES AFFECTIONS CARDIAQUES

L'épigastralgie a été signalée dans l'*insuffisance mitrale* (1) ; elle peut même, dans cette affection, précéder une manifestation cardiaque évidente.

La question de la douleur dans la *péricardite* a été controversée. Rondelet, Salius-Diversus, Zacutus, dans la suite Sénac, Corvisart et Bertin, ont parlé d'une « chaleur brûlante, d'un feu violent dans le thorax », ou encore d'une « douleur très aiguë à la région inférieure de la poitrine, et s'étendant vers l'épigastre et l'hypochondre droit, d'une douleur vive, déchirante et comme pongitive. »

Beaucoup plus tard, Hope et de nombreux auteurs ont insisté sur la fréquence de la douleur dans la péricardite. Pour Gendrin, la douleur à la pression à gauche de l'appendice xiphoïde, sur l'extrémité des fausses côtes, « est presque toujours pathognomonique de la maladie ».

Dans la suite, on a réagi contre cette exagération.

Souvent la péricardite secondaire, rhumatismale par exemple, est indolente. On a cependant observé, au cours de cette maladie, « une sorte de gêne contusive, une sen-

(1) Huchard. — Traité des maladies du cœur.

sation vague de pesanteur et de constriction thoracique... une *sensibilité épigastrique* » (Huchard). Robert Mayne attachait autrefois une grande importance à cette douleur. Elle est augmentée par le refoulement de bas en haut et quelquefois par l'ingestion des aliments (G. Sée). M. Huchard remarque que « *la douleur épigastrique est plus commune que celle de la région précordiale* ». Guéneau de Mussy a tenté de séparer la douleur de la pleurésie diaphragmatique (ou bouton diaphragmatique) de la douleur péricardique, dont le foyer principal est dans l'angle costo-xiphoïdien, et qui existerait tantôt des deux côtés de l'appendice xiphoïde, tantôt d'un seul côté, et aussi souvent à droite qu'à gauche.

Parfois, la douleur de péricardite affecte la forme d'accès angineux et, nous le savons maintenant, l'épigastralgie peut se manifester au cours des accès angineux.

Le point épigastrique est très fréquent chez les personnes atteintes d'*asystolie* et même *d'hyposystolie*. Les observations qui suivent le prouvent.

On a mentionné également de la « constriction épigastrique » dans la *tachycardie paroxystique* (Huchard).

Observation XV

In thèse Bonneau.

Insuffisance mitrale. Service de M. Barthez, hôpital Ste-Eugénie.

Henri B..., onze ans, enfant amaigri, faciès décoloré, exprimant la souffrance.

Deux attaques antérieures de rhumatisme : l'une il y a trois ans, l'autre l'an dernier. Il a ressenti pour la première fois des battements de cœur dans la convalescence de la seconde.

Depuis, surtout le soir et la nuit, il se plaint d'une douleur précordiale qui, sous forme de pointe douloureuse, s'irradie dans l'épaule gauche et dans le dos. Epistaxis fréquentes.

Le sternum déformé, en carène ; la pointe du cœur bat à trois centimètres au-dessous et en dehors du mamelon gauche ; matité presque complète du quatrième au huitième espace intercostal ; frémissement perçu par la main. Bruit de souffle intense à la pointe et au premier temps ; claquement distinct des valvules à la base. Pouls faible, régulier.

Du 20 septembre 1871 au 15 octobre, l'observation signale la persistance de la douleur. La pression la provoque ; tantôt elle s'irradie suivant le trajet des intercostaux, tantôt suivant le phrénique vers l'épaule. Insomnie. Parfois, sensations poignantes et élancements. Il semble au malade qu'on lui tient « le cœur dans un étau ». Puis, les troubles de la sensibilité disparaissent quelque temps. Il reste seulement une *gêne pénible au creux épigastrique.*

25 février. Depuis deux semaines, il se plaint de nouveau de souffrir.

L'importance clinique du phénomène est donc ici dominante. C'est à lui qu'il faut avant tout porter remède (révulsif, chloral, etc.) Ce n'est pas un cas de névralgie cardiaque, mais de névralgie phrénique et intercostale provoquée chez un sujet prédisposé par le trouble de la fonction du cœur.

Observation XVI

Empruntée à l'article de M. de Brun.
Résumée. Hyposystolie.

Dans le courant du mois de février 1888, une malade, âgée de 67 ans, arrivait d'Alep pour une *maladie douloureuse de l'estomac*, « *gastralgie singulière* » suivant l'expression de son médecin.

Cette affection datait de plus de dix ans. La malade avait épuisé tout l'arsenal de la thérapeutique et possédait une belle collection d'ordonnances. La morphine et la codéïne, les gouttes noires et les gouttes blanches, le chloral et l'eau chloroformée, la belladone et le cannabis indica, la cocaïne, les bromures, le condurango, avaient été administrés sans succès. Certains praticiens, partisans des alcalins, avaient conseillé le bicarbonate de soude, la magnésie, la craie associée ou non aux antiseptiques ; d'autres avaient proposé successivement l'acide chlorhydrique et l'acide lactique. Les amers, la pepsine, la pancréatine, la maltine, la papaïne avaient eu leur tour. La malade avait été soumise pendant longtemps au régime lacté, puis au régime sec ; elle avait pendant plusieurs mois réduit son alimentation au minimum ; elle avait essayé le régime végétarien, puis le régime presque exclusivement carné ; elle avait espacé ses repas et les avait ensuite rapprochés, augmentant leur nombre et diminuant leur abondance ; on lui avait lavé et douché l'estomac ; tout avait été inutile ; les douleurs n'en avaient pas moins persisté. Les révulsifs n'eurent pas plus de succès. Onze vésicatoires, quatre cautères, furent, en l'espace de quel-

ques années, appliqués sur la région épigastrique, sans aucun résultat appréciable. N'en pouvant plus, exténuée par cette impitoyable douleur d'estomac, la malheureuse femme se décida enfin, malgré l'état précaire de sa fortune, à faire le voyage relativement coûteux de Beyrouth.

Lorsqu'elle vint me voir, elle paraissait être dans un état assez alarmant. Son amaigrissement, l'expression d'anxiété et de découragement qu'on lisait sur son visage, frappaient vivement l'attention.

Et, bien que l'examen auquel j'allais me livrer fût le but unique de son voyage, la malheureuse ne put s'empêcher, au moment où je m'apprêtais à explorer la région épigastrique, d'en défendre l'accès en interposant ses mains, me suppliant d'agir avec une extrême douceur, et d'éviter, si possible, toute pression un peu forte. Et, malgré toutes mes précautions, en dépit de la modération avec laquelle je pratiquai la palpation de la zone douloureuse, mon examen provoqua une telle exagération des souffrances que la malade, le visage pâle, les traits contractés, se tamponnait la bouche avec son mouchoir pour ne pas crier.

J'avais pu constater l'intégrité anatomique de la région épigastrique. L'estomac était absolument normal ; ses fonctions s'accomplissaient avec une régularité parfaite. L'appétit était bon ; la digestion irréprochable, ne s'accompagnait ni de pyrosis, ni d'éructations; la malade n'avait jamais vomi ; ses selles étaient correctes. Tout au plus, l'ingestion des aliments provoquait-elle une légère exagération de la douleur, que calmait, en général, le relâchement des vêtements au niveau de la ceinture.

Cette douleur, constante du reste, présentait de grandes exacerbations que réveillaient non seulement la pression, le plus léger contact de la région sus-ombilicale,

mais encore la marche, l'ascension des escaliers, le moindre effort, et cela dans des proportions telles que la malade, immobilisée sur sa chaise, était souvent dans l'impossibilité de vaquer aux soins de son petit ménage.

Mais c'est la nuit en particulier que les souffrances s'exagéraient sans raison plausible, ou plutôt par le seul fait de la position horizontale, obligeant souvent la malheureuse femme à s'asseoir, le corps penché en avant, position qui lui procurait un moment de répit.

Cette exacerbation des douleurs, sous l'influence des causes qui provoquent en général l'accentuation de la dyspnée, motivait un examen attentif des organes thoraciques. La déformation globuleuse de la poitrine, son excessive sonorité, descendant en arrière jusqu'à la douzième côte ; l'abaissement du foie, les modifications profondes du murmure vésiculaire que caractérisaient une inspiration fortement humée, suivie d'une expiration extrêmement prolongée, et, sur certains points, une abolition presque totale de tout bruit respiratoire ; l'existence çà et là de râles sibilants, tout cela ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'un emphysème pulmonaire avancé et généralisé. Les bruits du cœur étaient sourds et lointains. Au foyer tricuspidien, le claquement systolique normal était, dès qu'on faisait faire à la malade quelques pas autour de la chambre, remplacé par un léger souffle. Une très légère cyanose des lèvres, une ébauche d'œdème des jambes, la dilatation des jugulaires prouvaient l'entrave portée à la circulation veineuse par la dilatation mécanique du ventricule droit, et malgré l'absence d'albumine, faisaient craindre l'apparition prochaine d'accidents asystoliques dont le souffle tricuspidien, bien qu'inconstant, indiquait l'imminence.

Et cependant, la malade affirmait ne pas éprouver de

dyspnée, tout au plus se plaignait-elle d'avoir la respiration un peu courte, quand elle montait un escalier ou voulait marcher un peu vite. Au reste, l'exagération de la douleur à ces moments-là, l'obligeait dès les premiers pas, à se mouvoir avec une extrême lenteur.

Je me demandai si cette douleur épigastrique, avec ses caractères spéciaux, n'était pas liée à l'emphysème pulmonaire, et, sans chercher pour le moment l'explication pathogénique de cette relation, je prescrivis à la malade une potion contenant deux grammes d'iodure de potassium. Pour la première fois depuis plusieurs années, la pauvre femme put dormir pendant la nuit. Le surlendemain, elle vint à pied chez moi, sans fatigue ; la douleur avait à peu près disparu ; je pus à mon aise explorer la région épigastrique sans provoquer la moindre souffrance, et constatai, de plus, avec plaisir, que les troubles circulatoires avaient notablement diminué. La malade, véritablement transformée, n'avait qu'une crainte : c'est que cette guérison ne fût passagère. Cette crainte ne se réalisa pas. Moins d'un mois après son arrivée à Beyrouth, elle repartait pour Alep, absolument bien portante. Je suis resté en correspondance avec elle une dizaine d'années, pendant lesquelles elle a continué à suivre le traitement que je lui ai prescrit, et toujours avec le même succès.

Observation XVII

Empruntée au même article que la précédente.
Résumée. Asystolie.

Joseph B..., 57 ans, tisserand à Lehfeld, entre le 10 décembre 1902, pour *douleur datant de six ans et siégeant à*

la partie supérieure de la région épigastrique, à un travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde. D'abord légère pendant les deux premières années, elle s'est considérablement aggravée depuis quatre ans. Elle est actuellement assez intense pour que le malade, instinctivement, porte les mains au-devant de l'épigastre, quand il prévoit qu'on va l'explorer. La pression, même modérée, à ce niveau, lui arrache un cri de souffrance. Cette douleur est constante ; elle s'exagère par la marche, les efforts, et même la station debout un peu prolongée. Le repos et surtout le décubitus dorsal l'atténuent, sans jamais la faire disparaître. Elle est plus vive après les repas copieux qu'après les repas modérés. Un grand nombre de moyens internes ont été essayés pour combattre cette douleur, un cautère a été appliqué à l'épigastre, tout a été inutile.

Depuis cinq ans, le malade éprouve une dyspnée assez vive, qui s'accentue la nuit, et qu'exagèrent la marche et les efforts ; depuis cette époque également, il présente une toux quinteuse, le plus souvent sèche, très rarement suivie d'une minime expectoration visqueuse.

A l'examen : Emphysème pulmonaire généralisé. Insuffisance tricuspidienne. Anasarque. Enorme congestion du foie. Albuminurie. Troubles digestifs insignifiants.

Le 13, sous l'influence du traitement (iodure, strophantus, régime lacté), le point épigastrique, la dyspnée et l'œdème ont notablement diminué ; l'albuminurie a disparu.

Le 17, le malade, extrêmement amélioré, souffre fort peu de l'épigastre, qu'on peut facilement explorer.

Il sort le 26, n'ayant plus ni œdème, ni dyspnée. Le souffle tricuspidien qu'on avait constaté lors de son entrée, n'existe plus. Le point épigastrique a disparu.

Observation XVIII

Même source. — Résumée. Asystolie.

A. Az..., de Ghazir (Liban), 70 ans, boulanger à Beyrouth, entre pour de la dyspnée, de la toux et une *douleur épigastrique siégeant à la pointe de l'appendice xiphoïde. Cette douleur a débuté il y a près de trente ans, et, vers l'âge de cinquante ans, elle était tellement vive, qu'ayant appliqué, pour la faire disparaître, une brique très chaude à l'épigastre, il s'y fit une brûlure, dont il porte encore les traces. Cette douleur, constante du reste, consiste en une pesanteur extrêmement pénible avec tiraillements.* Un repas trop copieux l'exagère.

Emphysème généralisé très intense, avec dilatation du cœur droit, insuffisance tricuspidienne, asystolie, pouls imperceptible, anasarque, cyanose, dyspnée énorme datant de quelques mois, albuminurie.

L'eau-de-vie allemande et la théobromine, avec le régime lacté, donnèrent d'excellents résultats ; l'œdème disparût en peu de jours, les contractions cardiaques s'améliorèrent, le pouls prit de l'ampleur, et le malade sortit de l'hôpital 27 jours après son entrée, n'ayant que peu de dyspnée et plus de douleur épigastrique.

Observation XIX

Même source. — Résumée. Asystolie.

Em'B. M..., 55 ans, se présente à moi le 27 juin 1902. Avec sa poitrine globuleuse, son dos arrondi, sa tête comme rentrée entre les épaules, la saillie de ses sterno-mas-

toïdiens, la brièveté des incursions respiratoires, cette femme, grande fumeuse de narghilés, réalise, au suprême degré, l'aspect classique des grands emphysémateux. L'examen permet de constater chez elle, non seulement l'existence d'un emphysème pulmonaire très avancé, mais encore les signes d'une *dilatation du ventricule droit* avec légère *insuffisance tricuspidienne* (dilatation des jugulaires, pouls veineux, pouls hépatique, œdème des membres inférieurs, etc.) *La malade se plaint surtout, et même presque exclusivement, d'une douleur épigastrique datant de quatre ans, qui a résisté à tous les traitements, y compris trois cautères* (un tous les ans), *appliqués à la région de l'estomac.* La digestion se fait normalement.

Observation XX

Même source. — Asystolie.

Rétrécissement mitral ; dilatation consécutive du ventricule droit et insuffisance tricuspidienne ; absence d'emphysème pulmonaire ; violentes douleurs épigastriques.

Catherine G..., 34 ans, Autrichienne, entre dans mon service le 27 mai 1904, pour une *douleur épigastrique violente, datant de deux mois,* et pour une dyspnée qui, s'exagérant au moindre effort, la met dans l'impossibilité de travailler. Lèvres légèrement violettes, pouls petit, présentant quelques irrégularités. A l'examen du cœur : frémissement cataire diastolique dans la région du ventricule gauche, roulement présystolique, souffle diastolique, dédoublement du second bruit. Pas d'emphysème pulmonaire, pas de symptômes de bronchite. Pas d'albumine dans les urines. Fibrome utérin sous-péritonéal assez volumineux.

Après un mois de séjour à l'hôpital, la malade sort légèrement améliorée par le repos au lit et les médicaments toni-cardiaques, mais *la douleur épigastrique persiste* — comme la dyspnée du reste — bien que notablement améliorée.

Elle rentre le 10 octobre, dans un état assez grave. Dyspnée intense, cyanose des lèvres, mêmes symptômes stéthoscopiques que précédemment. *Persistance de la douleur épigastrique qui s'est aggravée et s'exagère, comme la dyspnée, au moindre mouvement.* Le fibrome utérin s'est notablement développé et devient douloureux à un tel point que, quelques semaines plus tard, le 1er *novembre,* se trouvant beaucoup mieux en ce qui concerne les symptômes cardiaques, la malade demande à passer en chirurgie, sollicitant une intervention qui la débarrasse de sa tumeur. L'hystérectomie totale par voie abdominale, avec ablation d'un fibrome de 1.200 grammes environ, est pratiquée le 18 novembre par le docteur Hache. Le chloroforme est assez bien supporté.

Malheureusement, trois ou quatre jours après l'opération, l'état du cœur s'aggrave notablement. Le pouls devient petit, filiforme, misérable, extrêmement irrégulier ; les lèvres et les extrémités bleuissent, les membres se refroidissent, les bruits du cœur s'assourdissent au point de devenir parfois presque imperceptibles. L'état de la malheureuse devient alarmant, si bien qu'en dépit de soins incessants et d'une médication énergique (digitale, strophantus, injections sous-cutanées de caféïne, de sparteïne, de strychnine, etc.), elle finit par succomber, le 10 janvier 1905, *après deux mois d'une véritable agonie, pendant laquelle les souffrances épigastriques furent telles que la pauvre femme, chaque matin, avec une insistance toujours renouvelée, nous suppliait de la débarrasser d'u-*

ne douleur qui lui faisait oublier tout le reste, et dont les angoisses persistèrent, intolérables jusqu'au bout, si bien que la malheureuse patiente nous en indiquait le siège immuable, d'un geste esquissé de sa main tremblante, quand, pendant les deux derniers jours, elle n'eut plus la force ni de parler, ni de se plaindre.

Observation XXI

Même source.

Insuffisance mitrale ; hypertrophie du cœur ; dilatation du ventricule droit ; asystolie ; pas d'emphysème pulmonaire ; violentes douleurs épigastriques

M. B..., 45 ans, entre dans le service du professeur de Brun, le 7 janvier 1905, *se plaignant presque uniquement d'une douleur épigastrique* accompagnée de dyspnée. Pas de maladies infectieuses dans ses antécédents, mais, par contre, dix accouchements à terme et trois avortements, dont le dernier, datant de trois mois, fut suivi d'une abondante métrorragie.

La douleur épigastrique dont la malade se plaint date de longtemps, mais s'est considérablement exagérée après son dernier avortement. Elle est continue et s'exaspère par la fatigue et les efforts. C'est surtout à la partie supérieure de l'épigastre et à gauche, au niveau de l'angle costo-xiphoïdien, qu'elle est intense. En appliquant la main dans cette région, on perçoit une impulsion très forte, ayant une certaine analogie avec le choc en dôme ; il semble que tout le cœur vienne battre dans le creux de la main ; à ce niveau, la moindre pression est absolument intolérable et provoque des irradiations douloureuses qui retentissent jusque dans le dos. Cette douleur a résisté à tous les traitements, et la région épigastrique est comme

criblée de cicatrices de cautères, que la malheureuse femme s'est fait appliquer à différentes reprises sans aucun succès.

Grosse hypertrophie du cœur. La pointe bat dans le septième espace intercostal et à deux travers de doigt en dehors du mamelon. Souffle systolique à l'orifice mitral, se propageant dans l'aisselle. Léger souffle systolique à l'orifice tricuspidien. Pouls faible ; quelques irrégularités. Pas d'emphysème pulmonaire. Pas d'albuminurie. Pas de troubles gastriques, ni de dilatation de l'estomac.

Observation XXII

Même source.

Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral ; pas d'emphysème pulmonaire ; points épigastriques.

P. J..., 21 ans, épicier, entre dans le service du professeur de Brun, le 11 novembre 1904, *pour une douleur épigastrique dont il souffre depuis deux mois.* Ayant eu, il y a quelques années, un rhumatisme articulaire aigu, il ressent, depuis deux ans environ, des palpitations qui s'accompagnent d'essoufflement à la marche.

La douleur dont il se plaint actuellement siège à la région sus-ombilicale et plus particulièrement au-dessous et à gauche de l'appendice xiphoïde. Elle est sourde et s'exaspère à la pression, s'exagérant notablement pendant la marche ; elle ne permet au malade aucun effort sérieux.

Pointe du cœur abaissée et déviée en dehors. Roulement présystolique, souffle systolique mitral, dédoublement du second bruit. Léger souffle tricuspidien. Pas d'emphysème pulmonaire. Pouls petit ; quelques intermittences ; léger œdème des membres inférieurs. Pas de troubles digestifs.

Observation XXIII

Même source.

Insuffisance mitrale ; insuffisance tricuspidienne ; pas d'emphysème pulmonaire ; point épigastrique.

Mme A. E..., ancienne rhumatisante, m'appelle auprès d'elle le 15 avril 1905. Ses jambes sont extrêmement tuméfiées, et l'œdème, ayant envahi les téguments de l'abdomen, remonte jusqu'à la partie moyenne du thorax. Sa dyspnée considérable l'oblige à se tenir assise dans son lit, le dos soutenu par une pile d'oreillers. *Mais ce dont elle se plaint surtout, presque exclusivement, c'est d'une douleur épigastrique qui, plus que l'œdème, plus que la dyspnée, lui est insupportable, s'exagérant à chaque effort, à chaque mouvement, s'exaspérant à la pression au point de rendre intolérable le contact des vêtements, douleur qu'aucun traitement n'a pu atténuer et qui a résisté à l'application de trois cautères linéaires, dont les longues cicatrices s'étagent transversalement sur toute la hauteur de la région épigastrique.*

Souffle systolique à l'orifice mitral ; léger murmure tricuspidien. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal, en dehors du mamelon. Le ventricule droit soulève à chaque contraction la partie supérieure de la région épigastrique. Râles sous-crépitants aux deux bases. Pas d'emphysème pulmonaire. Traces d'albumine dans les urines. Pas de troubles digestifs. Petites articulations déformées par le rhumatisme chronique.

Observation XXIV

Communiquée à la Société des Sciences médicales de Montpellier par M. Rimbaud, chef de clinique, et nous-même.

Cyanose tardive (1).

Dans un récent article de la *Presse Médicale,* M. le professeur Roger rapporte, sous le nom d'*insuffisance interauriculaire,* deux cas de cyanose tardive.

Depuis plusieurs années, nous suivons un malade qui fait des séjours répétés dans le service de M. le professeur Grasset et dont l'histoire clinique nous paraît de tous points semblable à celle des malades de Roger.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, qui exerça pendant plusieurs années la profession de tailleur de pierre, et qui est aujourd'hui chiffonnier. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, nous trouvons du paludisme à l'âge de 18 ans, avec des accidents ayant duré six mois ; il y a 15 ans, une fluxion de poitrine, suivie depuis de « rhumes fréquents » avec dyspnée d'effort facile. Le malade a des habitudes alcooliques depuis sa jeunesse.

Les premières notes que nous retrouvons sur ce malade ont été prises en mai 1904.

Depuis deux mois, il toussait et crachait avec crises d'étouffement et de dyspnée ; il présentait de l'œdème des membres inférieurs ; dans la poitrine, pluie de râles fins généralisés. A ce moment-là, on est frappé par l'état de cyanose, que présente le sujet. « Le malade, disions-nous

(1) Montpellier Médical, 6 octobre 1907.

alors, donne l'impression d'un asystolique par insuffisance du cœur droit ; on le dirait atteint de maladie bleue. »

L'examen du cœur est impossible les premiers jours, à cause de l'abondance des râles pulmonaires. Nous faisons une saignée générale et, sous l'action des ventouses, de diurétiques et de toni-cardiaques, son état s'améliore rapidement. La cyanose a à peu près complètement disparu. L'auscultation du cœur est possible : on ne constate aucun bruit anormal à la pointe, ni à l'appendice xiphoïde. Au bout de cinq à six jours, le malade sort guéri.

Depuis ce moment-là, le malade a fait une série de crises d'hyposystolie avec cyanose, présentant les phénomènes que nous avons signalés. Il fait de nouveaux séjours dans le service de M. Grasset, en novembre 1904, en septembre 1905, en février, puis en mars et avril dernier. Après quelques jours de traitement, le malade sort, chaque fois, rapidement amélioré. Cependant, sa dernière crise a suivi de plus près la précédente ; elle a été plus longue et plus grave, présentant au maximum tous les symptômes que nous avions constatés lors de son premier séjour.

Ce qui frappe avant tout chez ce malade, c'est son aspect cyanotique. Tous les téguments sont d'un bleu violacé très foncé. Cette teinte bleue dépasse en intensité la cyanose modérée des asystoliques ordinaires. Elle est particulièrement intense au niveau des conjonctives, qui sont injectées et noirâtres ; le nez présente des varicosités abondantes d'un bleu noir. La cyanose est encore très marquée aux extrémités, aux pieds surtout, où l'on constate quelques troubles trophiques de la peau et des ongles.

Au moment de ses premières poussées, cette cyanose s'atténuait et disparaissait à peu près complètement dès

que l'encombrement pulmonaire cessait. Actuellement, elle est plus tenace, et depuis 2 mois, notre malade est complètement bleu. Quand il tousse, il devient noirâtre et présente un aspect vraiment effrayant ; la cyanose augmente aussi dès que le sommeil survient : à peu près toute la journée, du reste, pendant ces derniers temps, notre cyanotique était dans une demi-somnolence.

A sa dernière rentrée à l'hôpital, il présentait de l'œdème très marqué des membres inférieurs, œdème qui ne tarda pas à se résorber sous l'action du traitement.

Il tousse, est très dyspnéique et ne peut garder la position horizontale. Au niveau des deux poumons, on perçoit de nombreux râles fins.

Le cœur, au cours de ces diverses crises, s'est toujours montré relativement peu atteint. La percussion révèle une légère augmentation de volume. Les battements sont réguliers, jamais d'arythmie. Le pouls bat de 90 à 100. La tension varie de 15 à 17. Nous pouvons affirmer que jamais il ne fut constaté de souffle cardiaque au niveau des orifices ; au cours de ses divers séjours, l'attention fut toujours attirée sur ce point et aucun bruit anormal n'a été perçu. Cependant, lors de son dernier passage à l'hôpital, nous avons entendu, pour la première fois, et pendant quatre ou cinq jours seulement, un souffle au niveau de l'appendice xiphoïde, souffle qui nous a paru être en rapport avec une *dilatation du cœur droit* et une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. En même temps que la résorption nous avons assisté, sous l'action de la digitaline, à la disparition complète de ce souffle du cœur droit, alors que la cyanose a persisté dans toute son intensité.

Lors du dernier passage de ce malade à l'hôpital, M. Grasset a mis en évidence sur lui *une douleur à la pression existant au creux de l'estomac.*

M. Lagriffoul a fait une numération des globules rouges, qui a montré une hyperglobulie, avec 7.020.000 globules rouges par millimètre cube.

Le malade a quitté l'hôpital sur sa demande, il y a quelques jours. Il était amélioré.

Dans les deux cas de M. Roger, dans les nombreuses observations rapportées par MM. Martin-Solon, Girard, Demas, et groupées dans l'intéressant mémoire de MM. Bard et Curtillet (*Revue de Médecine*), on trouve une symptomatologie analogue.

Dans ces diverses observations et dans l'article de Rabé (*Gazette hebdomadaire,* 1899), la cyanose est attribuée au mélange des deux sangs, ce mélange se faisant grâce à une communication inter-auriculaire. Sous l'action d'une affection pulmonaire, d'une bronchite aiguë, la tension s'élève dans les vaisseaux pulmonaires et dans l'oreillette droite ; le trou de Botal, incomplètement ou mal fermé, se rouvre ; le sang veineux passe dans l'oreillette gauche et s'infuse dans le sang artériel. Lorsque l'affection pulmonaire est canalisée, la pression sanguine revenant à la normale, le trou de Botal se referme et la cyanose disparaît pour se reproduire lors d'une nouvelle poussée bronchitique.

Comme celui de ses deux malades que Roger a autopsiés, nous croyons donc que notre cyanotique est atteint d'une communication inter-auriculaire. Cette anomalie ne se traduit à l'auscultation par aucun souffle. Et nous n'en avons pas constaté chez notre sujet. Au début, cette insuffisance interauriculaire était intermittente et actuellement elle est, nous semble-t-il, devenue permanente.

Il nous paraît intéressant de rappeler l'hyperglobulie que nous avons constatée. Roger ne parle pas, dans ses observations, de cette production exagérée d'hématies qui,

dans notre cas, ont atteint le nombre de 7.020.000. Cette hyperglobulie dépasse celle qui est signalée par Malassez chez les cardiaques hyposystoliques. Elle n'atteint ce chiffre que pour les cas de cyanose vraie, et serait due dans ce cas à une hyperactivité des organes hématopoïétiques sollicités par un sang trop chargé en acide carbonique.

Le pronostic chez notre malade est sévère : la cyanose est actuellement permanente, le cœur droit s'est laissé dilater, l'encombrement pulmonaire s'exagère, une asystolie finale nous paraît imminente.

Peut-être nous sera-t-il possible de confirmer alors, anatomiquement, notre diagnostic.

Observation XXV

Personnelle.
Maladie mitrale et asystolie.

Jean N..., 9 ans, entre le 28 mars 1908 dans le service de M. le professeur Baumel.

Le 13 mai 1908, ce malade fournit les renseignements suivants :

La mère est morte d'une fluxion de poitrine. Il a une sœur et trois frères en bonne santé.

Jean N... est souffrant depuis six mois ; antérieurement il a eu une atteinte rhumatismale, dont il ne peut préciser la date.

Il y a six mois, notre petit malade a eu une fluxion de poitrine.

A la suite de cela, dyspnée même dans la marche en plaine. Dyspnée d'ascension et d'effort. Garde le lit depuis le 28 mars. Œdème des jambes. Fourmillements dans

les doigts, Doigt mort. Oligurie diminuée cependant par la digitale. Ni bourdonnement d'oreille, ni brouillard devant les yeux.

Depuis le 28 mars, il existe une douleur pas très vive et discontinue, naissant à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde, s'irradiant dans l'hypochondre gauche avec paroxysme dans cette dernière région. Cette douleur est une sensation de poids. Elle est exagérée par de fortes inspirations et par la pression. Parfois, la pression sur l'épigastre la fait naître. D'autres fois, elle naît sans que le malade puisse lui trouver une cause. La durée des phénomènes douloureux n'excède pas quelques minutes. Ils ne sont pas influencés par la digestion. Leur intensité a diminué sous l'influence du traitement. Jean N... ne prend que du lait et le digère bien en général. Il a cependant, à l'heure actuelle, un peu de diarrhée et quelquefois un peu de constipation.

Notre malade tousse, mais ne crache pas.

Le sommeil est bon. Pas de maux de tête.

Notre malade est oppressé. Il a la figure bouffie et pâle; son tronc est soulevé par des oreillers. Anasarque.

Pouls veineux à droite et à gauche.

La région précordiale est légèrement bombée. On y remarque des mouvements de reptation, le retrait systolique de la pointe. La palpation décèle un frémissement.

La matité précordiale est élargie. Elle ne se déplace pas quand le malade change de position. Cœur bondissant et tumultueux. A la mitrale, double souffle. A la tricuspide, souffle d'insuffisance. Les bruits sont sourds, lointains.

Le pouls est faible et dépressible.

L'examen de l'appareil respiratoire donne les résultats suivants : en avant et à droite, inspiration soufflante, expiration prolongée ; en avant et à gauche, murmure vé-

sículaire un peu diminué. Il n'est pas possible d'ausculter le malade en arrière.

Foie gros, douloureux.

Jean N... prend de la digitale pendant quatre jours, puis se repose deux jours, et ainsi de suite.

On a fait plusieurs analyses d'urine.

	Quantité	Densité	Réaction	Urée par litre	Glucose par litre	Albumine par litre	Phosphates par litre	Chlorures par litre
19 avril	600	1.022	acide	30	néant	néant	2,55	7,30
28 avril	280	1.022	—	35	—	traces	2,15	5,80
7 mai	1.000	1.009	—	10,9	—	—		3,70
16 mai	900	1.008	—	13,4	—	—	0,85	1,30
22 mai	1.100	1.010	—	17 5	—	—	1,20	2

Le 23 mai, nous constatons de la chorée.

CHAPITRE VII

ESSAI DE PATHOGÉNIE

En dépit de son siège, le point douloureux épigastrique que nous étudions *n'est pas la conséquence d'une affection de l'estomac.*

Ce point existe, en effet, chez de nombreux malades qui ne présentent pas de troubles digestifs. De plus, bien souvent, il n'est pas influencé par l'alimentation.

M. de Brun estime que notre douleur est explicable par l'état du cœur, ou plus exactement du ventricule droit. Il y a surtout distension douloureuse du ventricule droit pour cet auteur.

Cette théorie semble s'appliquer à quelques cas.

D'une façon générale, on peut dire : le creux épigastrique paraît être un centre douloureux du vago-sympathique, et la douleur, à ce niveau, n'est en somme que la manifestation de l'atteinte d'un organe innervé par le vago-sympathique.

CHAPITRE VIII

VALEUR SÉMEIOLOGIQUE DU POINT ÉPIGASTRIQUE

Le point épigastrique cause de nombreuses erreurs, car il existe dans de nombreuses affections.

Le cœur n'est pas le seul organe thoracique qui le provoque. Il peut exister en cas d'emphysème, sans complication cardiaque. On l'a observé dans la pneumonie, la pleurésie, le cancer du poumon.

Les douleurs, au niveau de l'épigastre, se rencontrent aussi : 1° dans les maladies de l'estomac ; 2° dans les maladies des organes abdominaux (foie, pancréas, intestin, appendice, rein, utérus) ; 3° dans les affections nerveuses ; 4° dans les toxémies endogènes ou exogènes ; 5° dans les maladies des os.

I. *Maladies de l'estomac.* — Le médecin devra songer à la gastralgie, à l'hyperchlorhydrie, à l'hypochlorhydrie, à la dyspepsie avec fermentations gastriques, aux périgastrites, à l'ulcère, au cancer, aux intoxications aiguës.

1° La gastralgie, dans sa forme habituelle, est caractérisée par des douleurs irrégulières, sans relation avec les repas. La nature des aliments ingérés est sans influence. L'hypéresthésie du plexus solaire, seul en jeu dans cette affection, est, bien entendu, en relation avec l'état névropathique de l'intéressé.

Les dyspepsies par hyperchlorhydrie sont aussi fort douloureuses. Les douleurs, calmées par l'alimentation, surviennent avec une grande intensité pendant l'intervalle des repas.

Les dyspepsies hypochlorhydriques sont caractérisées par des douleurs sans doute provoquées par les distensions d'un estomac atone. Elles atteignent leur maximum peu de temps après les repas, s'atténuent à mesure que s'éloigne l'heure des repas.

La dyspepsie avec fermentations gastriques suit souvent les formes précédentes. Il y a de la stase alimentaire, du spasme, même de la sténose du pylore, des régurgitations aigres. Le bol alimentaire augmente la douleur.

Dans les périgastrites, on a des tiraillements douloureux, exagérés par l'alimentation, les mouvements du tronc. En général, on découvre au creux épigastrique une gangue fibreuse, formant tumeur. La longue durée de l'affection, les antécédents d'ulcère, l'absence du sang dans les gardes-robes éloignent l'idée d'un cancer.

Le seul symptôme caractéristique de l'ulcère de l'estomac est une gastrorragie particulière, durant peu.

Dans le cancer, on observe encore des hémorragies, mais elles se prolongent.

Les intoxications sont souvent décelées par les commémoratifs.

II. *Maladies des organes abdominaux.* — Les maladies du foie, celles des organes biliaires, prêtent à confusion. Dans les coliques hépatiques, le point épigastrique existe, mais il est suivi d'autres symptômes, et de deux autres points douloureux : le point vésiculaire et le point pancréatico-cholédocien. Le premier, dit M. Chauffard, manque en général chez les lithisiques jeunes. Le second est douloureux dans la lithiase du cholédoque, et souvent dans

la lithiase vésiculaire, mais il n'est pas absolument caractéristique de la lithiase biliaire. Parfois, il faudra attendre, dans l'indécision, qu'une jaunisse signe le diagnostic.

Dans les pancréatites, l'épigastralgie a été notée.

Dans l'ulcère du duodénum, la douleur ne siège pas tout à fait au creux épigastrique, mais bien au niveau de l'hypochondre droit, au-dessous du foie, à droite. Le cancer de l'intestin est accompagné de douleurs spontanées, ou provoquées par la digestion et la palpation pouvant occuper l'épigastre.

Dans les entérites, les dysenteries, les douleurs présentent des caractères particuliers (coliques) ; de plus, leur siège est plutôt la région péri-ombilicale.

La douleur de l'appendicite, au lieu d'exister au point de Mac Burney, pourra intéresser l'épigastre. Les douleurs dues à des vers intestinaux, à l'entéroptose, pourront siéger au même endroit.

Très souvent, dans les maladies des reins, il y a une impression pénible, un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dans les néphrites aiguës, c'est une douleur névralgique liée à de l'urémie. Dans les néphrites chroniques, notre point peut reconnaître une même cause ou être dû à de la congestion du foie.

Le rein mobile, la lithiase rénale peuvent encore se signaler par de l'épigastralgie.

Dans les affections utéro-ovariennes, un pareil phénomène a été maintes fois constaté.

III. *Affections nerveuses.* — Les hystériques peuvent présenter une algie localisée à l'épigastre. De même les neurasthéniques (Blocq). Dans la maladie de Basedow, dans la paralysie générale, il peut y avoir un pareil accident. Les crises gastriques du tabès doivent être tou-

jours présente à l'esprit du praticien ; elles sont particulièrement douloureuses, les régimes ne les soulagent pas.

IV. Nous avons déjà parlé des *toxémies endogènes ou exogènes* ; il suffit d'ajouter que toujours la notion d'empoisonnement criminel doit entrer en ligne de diagnostic.

V. Chez les enfants du second âge, l'épigastralgie peut être la seule révélation d'un mal de Pott (Kirmisson).

Nous en avons fini avec cette longue énumération. Souvent le diagnostic sera des plus difficiles. On a coutume de dire : *Natura morborum ostendunt curationes*. Ici, cette formule est en défaut, car souvent les cardiaques, pris pour des gastriques, seront améliorés par le régime.

CONCLUSIONS

I. La douleur épigastrique est un symptôme particulièrement fréquent dans les affections thoraciques et surtout dans les maladies du cœur.

II. Parmi les maladies du cœur, la myocardite chronique et les cardio-scléroses sont celles qui s'accompagnent le plus fréquemment de douleurs du creux épigastrique.

III. Le point épigastrique peut se rencontrer chez tous les cardiaques à la période d'hyposystolie.

IV. Le creux épigastrique paraît être un centre douloureux du vago-sympathique, et la douleur à ce niveau n'est en somme que la manifestation de l'atteinte d'un organe innervé par le vago-sympathique.

V. Il ne faut donc pas prendre nécessairement pour des gastriques les malades qui accusent ce point douloureux. Il peut s'agir de sujets atteints d'affections de l'estomac, d'affections intestinales, d'affections hépatiques, mais fort souvent d'affections cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE

Aubry. — Thèse de Paris, 1882.

Axenfeld et Huchard. — Traité des névroses, 1883, pages 346 et 605.

Beard. — Neurasthénie, New-York, 1880.

Bedor. — De la douleur. Thèse inaugurale, Paris, 1818.

Bernheim. — Thèse Strasbourg, 1866.

Blocq. — La Topoalgie. Gazette hebd. de méd., 1891.

— Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie, neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse. Gaz. hebd., 1891.

— Nouveaux faits de topoalgie. Revue gén. de clinique et de thérapeutique, 1892.

— La neurasthénie et les neurasthéniques. Gaz. des hôpitaux, 18 avril 1891.

Bochefontaine et Bourceret. — Académie des sciences, 17 décembre 1877.

Boissier de Sauvages. — Theoria doloris. Dissert., Montpellier, 1757.

Bonneau. — De la douleur dans les maladies de cœur. Th. de Paris, 1872.

Brodie. — Lectures illustratives of certain local nervous affections. London, 1837.

Brun (de). — Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et dans les cardiopathies. Revue de médecine. Tome XXV, décembre 1905, p. 981 et suiv.

Bucquon. — Leçons sur les maladies de cœur (2e édition).

Castel. — De la douleur rapportée aux extrémités après qu'elles ont été séparées des membres. In Bulletin de l'Acad. de méd. T. III, p. 246, 1838-1839.

Charcot. — Leçons du mardi. T. I. et T. II. Paris, 1888-90.

Cheinisse (L.). — Existe-il une dilatation aiguë du cœur ? Sem. méd., Paris, 1907, XXVII, n. 99.

Claret (M.). — Le point épigastrique dans l'emphysème pulmonaire et les cardiopathies. La Clinique, 12 janvier 1906.

Clerc (Joseph Le). — L'angine de poitrine hystérique. Thèse Paris, 1887.

Chevillot. — Des précordialgies (th. doctorat, Paris, 1893).

Collet. — Précis de pathologie interne.

Dechambre (A.). — Dict. encyclopédique des sciences médicales. Tome XXX, 1884. Article douleur.

Dieulafoy. — Pathologie interne.

Ducrot (G.). — De la sensibilité réflexe dans les maladies. Thèse de Paris, 1864.

Eloy (Ch.). — Art. douleur. Dictionn. encyclopédique des sciences médicales.

— Les synergies du pneumogastrique. In Union Médicale.

— Des neurasthénies. Un. méd.

Eulenburg (Albert) et Guttmann (Paul). — Die pathologie des Sympathicus auf Physiologischer Grundlage. Berlin, 1873.

Fort (Le). — Académie de médecine, 1893.

Franck. — Des effets cardiaques, vasculaires et respiratoires des excitations douloureuses. In Acad. des sciences, 4 décembre 1876 et Société de Biologie, 1877 et suivantes.

Frédéricq (L.). — Y a-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur ? Rev. scient. 1896, VI, 713-717.

Grasset. — Physiologie pathologique des névralgies. Du Montpellier Médical, 1877. Les centres nerveux 1905. Le tabès, maladie de la sensibilité profonde, 1909.

Grisolle. — Traité de pathologie interne.

Gueneau de Mussy. — Cliniques médicales. Etudes sur les pleurésies diaphragmatiques. In Archives de médecine, 1853.

Guénebaud. — Du symptôme de la douleur dans les maladies. Thèse de doctorat, Paris, 1883.

Foldscheider. — Der Schmerz in physiologischer und Kinischer Hinsicht, in-8, Berlin, Hirschwald, 1894.

Hayem. — Asystolie aiguë d'origine gastrique. Médecine Moderne, 1895.

Hermil. — Pleurésie diaphragmatique. Thèse Paris, 1879.

Huchard (H.) et Deguy (M.). — Un nouveau syndrome clinique, les périviscérites disséminées. Journal des praticiens, 4 décembre 1897.

Huchard (H.). — Remarques sur les synergies morbides gastriques. In Union médicale, 1879.

— De l'hystérie viscérale. France médicale, 1882.

— La neurasthénie. Union médicale, 1882.

— Six leçons cliniques sur les maladies du cœur.

— Importance clinique et thérapeutique des troubles fonctionnels dans les maladies de cœur.

— Rev. gén. de clin. et de thérapeut. Paris, 1907, XXI, 338-343.

— Fausses cardiopathies : maladies fonctionnelles du cœur. Revue générale de clin. et de thérapeut. Paris 1907, XXI, 452, 466.

— Erreurs cliniques et thérapeutiques sur les maladies du cœur. Rev. gén. de clin. et de thérapeut. Paris 1907, XXI ; 930, 564.

— Leçons sur la pleurésie diaphragmatique. Gaz. méd. de Paris, 1892.

— La cardio-sclérose. Revue de médecine, 1892.

— Traité des maladies du cœur. Paris 1899.

— Journal de médecine et de chirur. pratiques, 1887.

— Revue générale de clin. et de thérap., 1893, n. 1. Archives de médecine et Soc. méd. des hôpit., 1892.

— Traitement et curabilité des cardiopathies artérielles. Bull. de thérap., 1892.

Huchard et Fiessinger. — Les douleurs au creux épigastrique. Journal des praticiens, 20 juin 1908.

Jaccoud. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1869. T. XI.

Joniteau. — Troubles fonctionnels cardiaques d'origine gastro-hépatique. Thèse de Paris, 1894.

Jurine. — Mémoires sur l'angine de poitrine. Paris et Genève, 1815.

Kaufmann (R.) et Pauli (W.). — Zur symptomatologie des stenokardishen Anfelles. Wiener. Klin. Woch., 1902, n. 44.

Laignel-Lavastine. — Recherches sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903.

Labadie-Lagrave et Deguy (M.). — Les périviscérites. Archives de médecine, 1898.

Lasègue. — Des hystéries périphériques. Arch. de méd. 1878.

Leared. — Med. Times and Gaz., 1867.

Leclerc. — L'angine de poitrine hystérique. Thèse Paris, 1887.

— Phénomènes de la douleur. Thèse de doctorat, Paris, 1865.

Lemaire (A.). — Hypertrophies et dilatations cardiaques dans les affections vasculaires. Rev. médic. de Louvain, 1907 ; 199, 225.

Leven et Cruveilhier. — Arch. gén. de méd., 1856, p. 442.

Liégeois. — Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1885.

Mantegazza (P.). — Dell azione del dolori sulla calorificazione e sui moti more (Gazz. méd., it. lomb. 1866, V.)

Mignon. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.

Millot. — Dissertation sur l'angine de poitrine. Thèse Paris, 1812.

Mobius. — Die topoalgie. Schmidt's Jahrb., 1892.

Muller. — Manuel de physiologie traduit par Jourdan. T. I, p. 633, 1844.

Neusser (E.). — Zur symptomatologie gastro-intestinaler Stovungen bei Arteriosclerose. Wiener. Klin. Woch., 1902, n. 38.

Nothnagel. — Zeitschr. für Klin med. Bd. 19 Hft. 3.

Olive. — Des formes cliniques de la colique hépatique. Thèse inaugurale, Paris 1884.

Pal. — Les crises vasculaires.

Potain. — Congrès de La Rochelle, 1882.

Pawinski (J.). — L'angine de poitrine revêtant la forme d'une affection de l'estomac et son traitement.

— L'angine de poitrine comme signe d'auto-intoxication. Gazeta Lekerska, 1906.

Peter. — Névralgie diaphragmatique et faits morbides connexes. Archives générales de Médecine, 1871.

— Leçons sur l'insuffisance aortique. Union médicale, 1871. Clin. médic.

— Traité des maladies du cœur, 1883.

Pitres. — Hypertrophies et dilatations cardiaques, indépendantes des lésions valvulaires. Thèse d'agrégation, 1878.

Pignol (J.). — L'asystolie indépendante des lésions valvulaires. Gazette des Hôpitaux, 1888.

Poirier. — Anatomie humaine.

Reynaud (Gustave). — Tachycardie symptomatique paroxystique, et gastro-entéroptose. Revue de Médecine, 1908.

Richet (Charles). — Y a-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur ? Revue scientifique, 1896, 713-717.

— Anatomie, troisième édition.

— Dictionnaire de physiologie art. Douleurs, 1902.

Rimbaud et Mallien. — Un cas de cyanose tardive. Montpellier médical, 1907, XXV, 333-336.

Salgues. — De la douleur considérée sous le point de vue de son utilité en médecine et de ses rapports avec la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique. Dijon, 1823, in-12°.

Salaghi (S.). — Variétés cliniques de l'insuffisance mitrale. Revue de Médecine, tome 26, année 1906.

— Une variété clinique de l'insuffisance mitrale expliquée par certaines dispositions anatomiques du système vasculaire. Revue de Médecine, 1906, tome XXVI, p. 351.

Saurin. — De l'insuffisance aortique, dite fonctionnelle, chez les athéromateux atteints de la maladie d'Hogdson.

Schiff (M.). — Innervation des Herzens. Recueil des mém. physiol. 11, 185.

Sieson. — Péricardite. Reynold system. of medicine, 1877.

Spehl. — Exploration clinique et diagnostic médical. Bruxelles, 1892.

Teissier. — Angine de poitrine, rôle de la distension cardiaque. Thèse de Paris, 1904-1905.

Testut. — Anatomie humaine.

Tissié (P.). — Y a-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur ? Revue scientifique, 1897, VIII.

Vivier. — Esquisse physiologique de la douleur. Thèse de doctorat, Paris, 1851.

Vulpian et Bastien. — Mémoires sur les effets de la compression des nerfs. In compte-rendu de l'Acad. des Sciences, 1855.

Weber. — De l'angine de poitrine et de l'artério-sclérose. Arch. de méd., 1893.

— De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection du cœur. Arch. de médec., 1893.

Weill. — Les neurasthénies locales. Thèse de Nancy, 9 juin 1892.

Wet (D.) et Griffin. — Observations on functional affections of the spinal cord. London, 1834.

Wertheimer. — De la douleur dans la péricardite. Thèse de Paris.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 Mars 1909
Pour le Recteur,
Le Vice-Prés. du Cons. de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 Mars 1909
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

CHAPITRE PREMIER. — Description du symptôme..... 6

CHAPITRE II. — Historique..... 9

CHAPITRE III. — Notions générales sur la douleur..... 14

CHAPITRE IV. — Le point épigastrique dans l'artério-sclérose du cœur..... 17

CHAPITRE V. — Le point épigastrique dans l'angine de poitrine. 37

CHAPITRE VI. — Le point épigastrique dans quelques autres affections cardiaques..... 58

CHAPITRE VII. — Essai de pathogénie..... 79

CHAPIPRE VIII. — Valeur séméiologique du point épigastrique. 80

CONCLUSIONS..... 84

BIBLIOGRAPHIE..... 85

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !